

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:
ASPEK-ASPEK MANAJEMEN KEPERAWATAN YANG BERPENGARUH
TERHADAP KOMPETENSI INTERPERSONAL PERAWAT
DI RAWAT INAP RSUD BRIGJEND H. HASSAN BASRI
KANDANGAN KALIMANTAN SELATAN

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Taufik Hidayat

NIM : E4A 007 063

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Maret 2009 dan
dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Sudiro, MPH.,Dr.PH
NIP. 131 252 965

Dra. Atik Mawarni, M.Kes
NIP. 131 918 670

Penguji,

Penguji,

dr. Mutri W Wirawan, M.Kes

Bambang Edi Warsito, S.Kep.,M.Kes

Semarang, 10 Maret 2009

Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program,

dr.Martha Irene Kartasurya, MSc., PhD
NIP. 131 694 515

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Taufik Hidayat

NIM : E4A 007 063

Menyatakan bahwa tesis judul “ASPEK-ASPEK MANAJEMEN KEPERAWATAN YANG BERPENGARUH TERHADAP KOMPETENSI INTERPERSONAL PERAWAT DI RAWAT INAP RSUD BRIGJEND H. HASSAN BASRI KANDANGAN KALIMANTAN SELATAN “ merupakan:

1. Hasil karya yang disusun, dipersiapkan dan ditulis sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, 17 Pebruari 2009

Penulis,

Taufik Hidayat
NIM : E4A 007 063

RIWAYAT HIDUP

Nama : Taufik Hidayat

Tempat & Tanggal Lahir : Kandangan, 14 Mei 1981

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Jl. Budi Bakti Amawang Kiri Muka No.38
Kandangan HSS (KALSEL)

Pendidikan : 1. Lulus SD Jambu Hilir Baluti 1
Kandangan tahun 1993
2. Lulus SMPN 3 Kandangan tahun 1996
3. Lulus SMUN 1 Kandangan tahun 1999
4. Lulus Fakultas Psikologi Universitas
Muhammadiyah Malang tahun 2003
5. Lulus Profesi Psikolog Universitas
Wisnuwardhana Malang 2005

Pekerjaan : Psikolog RSUD BrigJend H. Hassan Basri
Kandangan Kalimantan Selatan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Aspek-aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Di Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Kalimantan Selatan”. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan pendidikan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini terselenggara berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. dr. Martha Irene Kartasurya, MSc., PhD selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.
2. dr. Sudiro, MPH., Dr.PH selaku pembimbing utama yang telah membimbing penulis sampai terselesainya tesis ini.
3. Dra. Atik Mawarni, M.Kes selaku pembimbing kedua yang telah membimbing penulis dan memberikan arahan dengan sabar dalam penyusunan tesis ini.
4. dr. Murti W. Wirawan, M.Kes selaku penguji pertama yang telah memberi masukan berarti untuk kesempurnaan tesis ini.
5. Bambang Edi Warsito, S.Kep., M.Kes selaku penguji kedua yang juga telah memberi masukan berarti untuk kesempurnaan tesis ini.
6. Drs. H. Achmad Fikry, M.AP selaku Sekretaris Daerah Kabupaten Hulu Sungai Selatan yang telah memberi ijin untuk dilakukan penelitian di RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

7. drg. Cholil, M.Kes selaku Direktur RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Kalimantan Selatan yang telah memberi ijin kepada penulis dalam pengambilan data penelitian.
8. dr. Ngakan Putu DS, M.Kes selaku a/n Direktur RSUD Ungaran yang telah memberi ijin pengambilan data untuk keperluan uji validitas dan reliabilitas skala pengukuran penelitian.
9. Para perawat di RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Kalimantan Selatan yang telah bersedia membantu penulis dalam pengambilan data.
10. Seluruh dosen Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat beserta staf yang telah membantu dan memberi dukungan dalam penyelesaian tesis ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah berkenan membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan melimpahkan rahmat serta hidayahNya kepada semua pihak yang membantu dan terlibat hingga terselesainya tesis ini.

Untuk kesempurnaan tesis, kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Akhirnya semoga tulisan ini bermanfaat untuk kita semua dan khususnya bagi pengembangan kemajuan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Kalimantan Selatan.

Semarang, 17 Pebruari 2009

Penulis

ABSTRAK

Taufik Hidayat

Aspek-aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat Di Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Kalimantan Selatan.

Halaman : 116, Tabel : 41, Gambar : 4, Lampiran : 10

Kompetensi interpersonal perawat adalah kemampuan perawat dalam melakukan hubungan interpersonal kepada pasien dengan keramahan, kesopanan, perhatian dan kestabilan. Rendahnya kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap merupakan permasalahan penting yang harus ditangani pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui aspek-aspek manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, dengan pendekatan rancangan penelitian *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh perawat yang melaksanakan fungsi pelayanan di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Analisis statistik yang digunakan analisis bivariat dengan uji *chi square* dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik metode enter.

Hasil analisis deskriptif, kompetensi interpersonal tinggi (30,9%), kepemimpinan keperawatan baik (69,1%), pengorganisasian keperawatan baik (63,2%), pengawasan keperawatan baik (52,9%) dan lingkungan kerja keperawatan baik (33,8%). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepemimpinan keperawatan, pengawasan keperawatan, motivasi keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan terhadap kompetensi interpersonal di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan ($p < 0,05$). Hasil analisis multivariat menunjukkan adanya pengaruh bersama-sama antara pengawasan keperawatan ($p = 0,068$, $Exp(\beta) = 3,497$), lingkungan kerja keperawatan ($p = 0,007$, $Exp(\beta) = 5,536$) terhadap kompetensi interpersonal di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

Saran yang dapat direkomendasikan dalam penelitian ini adalah penetapan program bimbingan kinerja pelayanan perawat, membuat prosedur pendelegasian tugas dan wewenang, melaksanakan supervisi keperawatan, melakukan evaluasi *reward system*, membenahi tempat kerja staf keperawatan, melaksanakan pelatihan kepribadian, menyusun *Standard Operating Procedure* pelayanan ramah-tamah dan menyusun buku pegangan pengendalian emosi diri.

Kata kunci : Persepsi Manajemen Keperawatan, Kompetensi Interpersonal Perawat, RSUD.

Kepustakaan : 66 (1964 – 2007)

ABSTRACT

Taufik Hidayat

Aspects of Nursing Management influencing to Nurse's Interpersonal Competency at Inpatient Unit of BrigJend H. Hassan Basri Public Hospital in Kandungan, South Borneo

116 pages + 41 tables + 4 figures + 10 enclosures

Nurse's Interpersonal competency is nurse's skill to perform interpersonal relationship with patients by providing friendliness, politeness, attention, and stability. Low interpersonal competency of Nurses at Inpatient Unit is a main problem which must be handled by the management of BrigJend H. Hassan Basri Public Hospital in Kandungan. Aim of this research was to find out aspects of nursing management that influence to nurse's interpersonal competency.

This was observational research using cross sectional approach. Population was all nurses who performed function of services at Inpatient Unit of the hospital. Data were analyzed using bivariate analysis (Chi Square Test) and multivariate analysis (Logistic Regression Test using Enter method).

Result of this research shows that most of the respondents have a high interpersonal competency (30.9%), good leadership (69.1%), good organizing (63.2%), good monitoring (52.9%), and good work environment (33.8%). Based on bivariate analysis, variables of leadership, monitoring, motivating, and work environment have a significant relationship with nurse's interpersonal competency at Inpatient Unit of the hospital ($p < 0.05$). Result of multivariate analysis reveals that variables of monitoring ($p=0.068$; Exp B: 3.497), and work environment ($p=0.007$ and Exp B: 5.536) together influence towards nurse's interpersonal satisfaction at Inpatient Unit of BrigJend H. Hassan Basri Public Hospital, Kandungan.

As a suggestion, the hospital management should decide the advising program of nurse's work performance, make delegating procedures of duty and authority, perform nursing supervision, do evaluation of reward system, improve work place of nursing staffs, perform personality training, and arrange Standard Operating Procedure of friendliness services and guidance book of self-emotion control.

Key Words : Perception of Nursing Management, Nurse's Interpersonal Competency, Public Hospital

Bibliography : 66 (1964 - 2007)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	18
C. Pertanyaan Penelitian	19
D. Tujuan Penelitian	20
E. Ruang Lingkup	21
F. Manfaat Penelitian	22
G. Keaslian Penelitian	23
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Rumah Sakit	26
B. Rawat Inap	27
C. Manajemen Rumah Sakit	27
D. Manajemen Keperawatan	28
E. Proses Manajemen Keperawatan	30
F. Kepemimpinan Keperawatan	31

G. Pengorganisasian Keperawatan	33
H. Pengawasan Keperawatan	35
I. Motivasi Keperawatan	36
J. Lingkungan Kerja Keperawatan	38
K. Peran dan Fungsi Perawat Profesional	39
L. Kompetensi Interpersonal	40
M. Persepsi Perawat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Keperawatan	47
N. Landasan Teori Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat	48
O. Kerangka Teori Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat ..	50
BAB III : METODOLOGI PENELITIAN	
A. Variabel Penelitian	51
B. Hipotesis Penelitian	51
C. Kerangka Konsep	53
D. Jenis dan Rancangan Penelitian	54
E. Populasi dan Sampel	54
F. Definisi Operasional Variabel dan Skala Ukur	56
G. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	65
H. Teknik Pengelolaan dan Analisis Data	71
BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Deskripsi Karakteristik Perawat	77
B. Deskripsi Kompetensi Interpersonal	79
C. Deskripsi Manajemen Keperawatan	83

D. Hubungan Manajemen Keperawatan dengan Kompetensi	
Interpersonal	95
E. Analisis Pengaruh	105
F. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian	108
BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	109
B. Saran	111
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN	118

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.1	Jumlah Kunjungan Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2005 Sampai Dengan Tahun 2007	4
1.2	Data Pendapatan Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2007	5
1.3	Data Pendapatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Bersumber Pada Retribusi Pelayanan Kesehatan Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2007	5
1.4	Data Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Perorangan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Bersumber Pada APBD	6
1.5	Data Pemanfaatan Pelayanan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2007 Berdasarkan Status Pasien	6
1.6	Data Karyawan Berdasarkan Kualifikasi Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana di Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2007.....	8
1.7	Rata-Rata Beban Kerja Setiap Perawat Per-hari Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Periode Juli s/d Desember 2007	11
1.8	Perbedaan Penelitian Yang Dilakukan Dengan Penelitian Terdahulu	25
3.1	Rincian Populasi Perawat Pelaksana	55

3.2	Blue Print Item-item Skala Persepsi Aspek Manajemen Keperawatan	59
3.3	Prosedur Penskoran Skala Persepsi Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat	60
3.4	Hasil Uji Normalitas Data Variabel Independent <i>One-Sample Kolmogorove-Smirnov Test</i>	61
3.5	Kategori Persepsi Data Variabel Independent	61
3.6	Blue Print Item-item Skala Kompetensi Interpersonal Perawat	63
3.7	Prosedur Penskoran Skala Kompetensi Interpersonal Perawat	63
3.8	Hasil Uji Normalitas Data Variabel Dependent <i>One-Sample Kolmogorove-Smirnov Test</i>	64
3.9	Kategori Persepsi Data Variabel Dependent	64
3.10	Distribusi Item Valid dan Item Tidak Valid Skala Persepsi Manajemen Keperawatan	68
3.11	Distribusi Item Valid dan Item Tidak Valid Skala Kompetensi Interpersonal	69
3.12	Rangkuman Perhitungan Reliabilitas Skala Persepsi Manajemen Keperawatan	71
3.13	Rangkuman Perhitungan Reliabilitas Skala Kompetensi Interpersonal	71
4.1	Distribusi Karakteristik Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	77

4.2	Distribusi Jawaban Perawat Di Unit Rawat Inap Tentang Kompetensi Interpersonal	79
4.3	Distribusi Frekuensi Kompetensi Interpersonal Perawat Di Unit Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	82
4.4	Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Kepemimpinan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	83
4.5	Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Kepemimpinan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	84
4.6	Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengorganisasian Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	85
4.7	Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengorganisasian Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	86
4.8	Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengawasan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	87
4.9	Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengawasan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	89
4.10	Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Motivasi Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan	90

4.11	Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Motivasi Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan	91
4.12	Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Lingkungan Kerja Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan	92
4.13	Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Lingkungan Kerja Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan	94
4.14	Tabel Silang Kepemimpinan Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal	95
4.15	Tabel Silang Pengorganisasian Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal	98
4.16	Tabel Silang Pengawasan Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal	100
4.17	Tabel Silang Motivasi Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal	101
4.18	Tabel Silang Lingkungan Kerja Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal	103
4.19	Hubungan Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat	104
4.20	Pengaruh Antara Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat Menggunakan Uji Regresi Logistik (Metode Enter)	105
4.21	Pengaruh Variabel Pengawasan dan Lingkungan Kerja Terhadap Kompetensi Interpersonal	106

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Rumah Sakit Sebagai Suatu Sistem	28
2.2	Proses Manajemen Keperawatan Mendukung Proses Kepengawaaian	30
2.3	Kerangka Teori Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat	50
3.1	Kerangka Konsep Penelitian Aspek-Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat	51

DAFTAR LAMPIRAN

- | No.
Lampiran | |
|-----------------|--|
| 1. | Surat Pengantar Pengisian Skala Kepada Responden <i>Try Out</i> Penelitian. |
| 2. | Surat Pengantar Pengisian Skala Kepada Responden Penelitian. |
| 3. | Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian. |
| 4. | Skala Persepsi Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat. |
| 5. | Skala Kompetensi Interpersonal Perawat. |
| 6. | Surat keterangan telah melaksanakan uji validitas dan reliabilitas di RSUD Ungaran. |
| 7. | Surat ijin melakukan penelitian di RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan oleh Setda Kab. HSS. |
| 8. | Uji Validitas dan Reliabilitas Skala Persepsi Manajemen Keperawatan . |
| 9. | Uji Validitas dan Reliabilitas Skala Kompetensi Interpersonal Perawat. |
| 10. | Hasil Processing Data Dengan SPSS 13. |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan merupakan organisasi yang memiliki tingkat kompleksitas tinggi, terdiri dari beragam tenaga terampil dengan produk utamanya adalah jasa. Saat ini pelayanan kesehatan bermutu menjadi kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta dituntut untuk selalu melakukan perbaikan dan penyempurnaan guna menghasilkan pelayanan berkualitas dan bermanfaat bagi masyarakat.

Analisis kualitas pelayanan memiliki dimensi penting yaitu proses pelayanan sesuai dengan nilai dan harapan penerima jasa pelayanan. Kualitas pelayanan kesehatan menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula kualitas pelayanan kesehatan.ⁱ

Upaya penyelenggaraan menjaga kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit tidak terlepas dari peran penting profesi keperawatan. Di unit rawat inap tenaga keperawatan berada di tatanan pelayanan kesehatan terdepan dengan kontak pertama dan terlama dengan pasien, yaitu selama 24 jam perhari dan 7 hari perminggu karenanya perawat memegang posisi kunci dalam membangun citra rumah sakit.ⁱⁱ

Mengkaji esensi dasar tentang tugas seorang *health provider* (dalam hal ini perawat), Iyer P. mengatakan bahwa pada dasarnya perawat memiliki tiga fungsi pelayanan yaitu fungsi 1) *independent*, 2) *interdependent* dan 3) *dependent*. Dikatakan bahwa porsi fungsi *independent* adalah yang terbesar.

Penekanan tersebut diketahui bahwa fokus dari *nursing care* menitikberatkan orientasi pada pemberian ketenangan, kenyamanan dan nutrisi yang memadai (*adequate*) bukan pada proses penyakitnya. Disinilah peran kompetensi interpersonal sebagai media komunikasi menjadi penting.ⁱⁱⁱ

Kompetensi interpersonal yang baik secara efektif berdampak terapeutik. Pasien membutuhkan rasa aman dan nyaman pada proses penyembuhannya. Rasa nyaman timbul jika pasien diterima apa adanya, diberikan keyakinan dan kepercayaan, dihormati dan dilayani dengan ramah tamah tanpa emosi yang tinggi. Perawat juga diharapkan memiliki minat terhadap pasien, mau mengerti kecemasan dan ketakutan pasien, menerima pasien tanpa membedakan pangkat, golongan dan tingkat sosial ekonomi serta memiliki sensitivitas terhadap setiap perubahan pasien.^{iv}

Webb, yang mengutip teori keperawatan dari Travelbee menggambarkan bahwa keperawatan adalah proses interpersonal yang bertujuan mengubah dan mempengaruhi orang lain, dan peran perawat adalah membantu pasien untuk mengatasi penyakit dan penderitaan berdasarkan pengalaman sakit pasien. King dalam Webb, menggambarkan bahwa proses keperawatan didasarkan pada pencapaian komunikasi dan saling membagi informasi (*sharing*) antara perawat dengan pasien. Fitzpatrick dan Whall dalam Webb, mengatakan bahwa ciri keperawatan adalah proses terapi interpersonal untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mencapai tahap pendewasaan (pasien bisa menerima kondisi atau penyakitnya).^v

Dari uraian di atas mempertegas bahwa peran penting perawat lebih pada peran memberikan ketenangan (*independent/* non teknik keperawatan), bukan peran pengobatan (*dependent/* teknik keperawatan). Namun dalam kenyataan perawat kurang memperhatikan peran normatifnya, padahal pasien nampaknya justru mengharapkan perawat bertindak sesuai peran normatifnya

sementara perawat nampaknya kurang menyadari hal itu dan gejala inilah yang ditangkap pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan sebagai institusi pelayanan kesehatan dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan berorientasi kepuasan pelanggan.

RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan adalah rumah sakit tipe C dengan 104 tempat tidur dan 189 karyawan. Merupakan salah satu Unit Pengelola Teknis Pemerintah Kabupaten Hulu Sungai Selatan dengan tujuan meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kepada masyarakat. RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan memiliki visi “terwujudnya pelayanan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan yang prima menuju pusat pelayanan jasa kesehatan” dan misi:

1. Meningkatkan profesionalisme SDM (sumber daya manusia) untuk mencapai kemandirian rumah sakit serta mengembangkan layanan unggulan penyakit dalam.
2. Mengembangkan RSUD rujukan dan pusat pendidikan kesehatan.

Sebagai rumah sakit pemerintah, manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan sampai saat ini terus memperbaiki kualitas pelayanan pada masing-masing unit bisnis termasuk pelayanan rawat inap. Namun pada kenyataannya upaya-upaya tersebut banyak menghadapi tantangan.

Kinerja pelayanan rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dalam rentang waktu 3 tahun dari tahun 2005 sampai dengan 2007, sebagai berikut:

Tabel 1.1. Jumlah Kunjungan Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2005 Sampai Dengan Tahun 2007

Pelayanan Rawat Inap	Pencapaian Kinerja			Target Standar Depkes
	2005	2006	2007	
Tempat Tidur (TT)	104	104	104	-
<i>Bad Occupancy Rate</i> (BOR %)	70,15	80,09	66,1	60-80
<i>Average Length of Stay</i> (ALOS/hari)	4,0	5,0	3,1	6-9
<i>Turn Over Interval</i> (TOI/hari)	4,3	2,0	4,4	1-3
<i>Bed Turn Over</i> (BTO/hari)	27	46	36	40-50

Sumber : Rekam Medik RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

Dari tabel 1.1 di atas diperoleh informasi bahwa pencapaian BOR (*Bed Occupancy Rate*) tahun 2005 sebesar (70,15%) dan pada tahun 2006 sebesar (80,09%), terjadi kenaikan (9,94%), namun pada tahun 2007 mengalami penurunan mencapai (66,1%) tetapi masih memenuhi target standar. Nilai rata-rata lama perawatan pasien di rumah sakit LOS (*Length of Stay*) pada tahun 2005 mencapai 4,0 hari (di luar target standar), pada tahun 2006 mencapai 5,0 hari (di luar target standar) dan pada tahun 2007 membaik dengan mencapai 3,1 hari (tetapi masih di luar target standar).

Begitupun angka pencapaian TOI (*Turn Over Interval*) yaitu lama rata-rata tempat tidur tidak terisi, pada tahun 2005 sebesar 4,3 hari (tidak memenuhi target standar), pada tahun 2006 mencapai angka 2,0 hari (memenuhi target standar) namun kembali memburuk di tahun 2007 berada pada angka 4,4 hari (tidak memenuhi target standar) bahkan di bawah angka pencapaian TOI tahun 2005.

Jika diamati dari angka pencapaian BTO (*Bed Turn Over*) yaitu keluar masuknya pasien perawatan baik hidup/ mati per tempat tidur, pada tahun 2006 mampu mencapai angka ideal, namun pada tahun 2005 dan 2007 (tidak memenuhi target standar) artinya intensitas keluar masuk pasien RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan pada tahun 2005 dan 2007 tergolong rendah.

Kinerja pencapaian pendapatan rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dari tahun 2005 sampai 2007 diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 1.2. Data Pendapatan Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2007

Tahun Anggaran	Pendapatan Rawat Inap		
	(Rp)	Target	%
2005	701,500,000	1,000,000,000	70,18
2006	800,900,000	1,000,000,000	80,10
2007	661,000,000	1,000,000,000	66,5

Sumber : Bid. Keuangan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan yang Diolah

Berdasarkan tabel 1.2 di atas diperoleh informasi bahwa pencapaian persentase pendapatan pelayanan rawat inap pada tahun 2005 sebesar (70,18%) atau Rp. 701,500,000 (di bawah target), pada tahun 2006 dapat meningkat (9,92%) menjadi (80,10%) atau Rp. 800,900,000 namun masih di bawah target. Pada tahun 2007 kembali menurun tajam (13,6%) menjadi (66,5%) atau Rp. 661,000,000 jauh di bawah target.

Jika ditinjau dari kinerja pencapaian pendapatan bersumber pada retribusi pelayanan kesehatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dari tahun 2005 sampai 2007 sebagai berikut:

Tabel 1.3. Data Pendapatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Bersumber Pada Retribusi Pelayanan Kesehatan Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2007

Tahun Pelaksanaan	Target (Rp)	Realisasi (Rp)	% Keberhasilan
2005	1,500,000,000	1,936,985,055	129,13
2006	1,750,000,000	2,114,585,813	120,83
2007	1,750,000,000	1,398,335,292	79,9

Sumber : Bid. Keuangan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan yang Diolah

Dari tabel 1.3 diperoleh informasi bahwa persentase pencapaian pendapatan bersumber pada retribusi pada tahun 2005 sebesar (129,13%) melebihi target yang ditentukan, pada tahun 2006 persentase pencapaian pendapatan sebesar (120,83%) turun sebesar (8,3%) dibanding tahun

sebelumnya. Pada tahun 2007 persentase pendapatan hanya mampu mencapai (79,9%) dari target yang ditentukan dan dibandingkan dengan tahun 2006 terjadi penurunan tajam sebesar (40,93%) dan jika diamati secara keseluruhan mulai dari tahun 2005 sampai 2007 persentase keberhasilan pendapatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan mengalami penurunan prestasi di tiap tahun padahal pembiayaan pelayanan kesehatan bersumber dana APBD 2007 mencapai 4 (empat) kali lebih banyak dari tahun sebelumnya, sebagaimana tertera pada tabel berikut:

Tabel 1.4. Data Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Perorangan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Bersumber Pada APBD

Sumber Pembiayaan APBD	Tahun Anggaran		
	2005	2006	2007
(Rp)	7,068,322,331	3,838,438,933	16,983,762,000

Sumber : Bid. Keuangan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan yang Diolah

Sedangkan jika diamati dari segmentasi pasar yang memanfaatkan pelayanan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan maka diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 1.5. Data Pemanfaatan Pelayanan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2007 Berdasarkan Status Pasien

Status Pasien	Tahun Kunjungan					
	2005		2006		2007	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Umum	2405	58,5	2324	45,9	1426	38,8
Peserta ASKES	1044	25,4	1308	25,8	993	27,0
Mendapat Keringanan	569	13,8	1321	26,1	1165	31,7
SKTM/Tidak Mampu	93	2,3	0	0,0	0	0,0
JPKM	0	0,0	108	2,1	88	2,4
Jumlah Total Kunjungan	4111	100	5061	100	3672	100

Sumber : Rekam Medik RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan yang Diolah

Dari tabel 1.5 menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pemanfaatan pelayanan kesehatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dalam 3 tahun terakhir (38,8%-58,5%) didominasi oleh pasien dengan status umum dibanding dengan status pasien lainnya. Segmentasi pasar yang tidak terkait dengan batasan/ plafon asuransi ini merupakan segmen yang menguntungkan untuk dipertahankan namun pada kenyataannya angka pencapaian kunjungan pasien umum selalu mengalami penurunan (1,3%-14,6%) dari tahun 2005 sampai 2007.

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan menurunnya minat masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan di rumah sakit diantaranya adalah: 1) faktor pasien, 2) faktor organisasi unit penyedia pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit), 3) faktor pelayanan klinis terkait kemampuan dokter dan perawat, 4) faktor pelayanan administrasi atau manajemen rumah sakit, dan 5) faktor lingkungan.¹

Menyadari bahwa rumah sakit sebagai organisasi unit penyedia pelayanan kesehatan, pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan melaksanakan beberapa program peningkatan mutu pelayanan salah satunya peningkatan kualitas ketenagaan khususnya terkait dengan kompetensi interpersonal perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Data karyawan berdasar kualifikasi tingkat pendidikan perawat pelaksana RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2007 adalah sebagai berikut:

Tabel 1.6. Data Karyawan Berdasarkan Kualifikasi Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana di Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Tahun 2007

Kualifikasi Pendidikan Keperawatan	Jumlah/Orang	%
S-1 Keperawatan	1	1
DIII/ AKPER	75	75
AKBID	13	13
SPK	6	6
JURU RAWAT/ SPR	5	5
<i>Total</i>	100	100

Sumber : Bag. Kepegawaian RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan yang Diolah

Dari tabel 1.5 menunjukkan kondisi tenaga keperawatan di RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan terdapat 100 orang tenaga keperawatan dengan kualifikasi pendidikan (5%) juru rawat/ SPR, (6%) SPK, (75%) D III Keperawatan dan (1%) S-1 Keperawatan. Secara umum jumlah ketenagaan perawat tersebut sudah sesuai Permenkes RI No. 262/Menkes/Per/VII/1979, tentang jumlah perawat berdasarkan perbandingan tempat tidur rumah sakit tipe C.^{vi}

Sedangkan upaya peningkatan kompetensi interpersonal perawat yang telah dilaksanakan pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan, diantaranya:

1. Melaksanakan pelatihan “pelayanan prima” yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan *interpersonalship* perawat dalam melayani kebutuhan pasien yang bermutu tinggi dan memuaskan. Seluruh staf pelaksana teknis fungsional keperawatan berjumlah 100 orang, diwajibkan mengikuti pelatihan ini. Materi yang disampaikan terdiri dari 7 modul, yaitu: 1) modul perilaku penghargaan terhadap diri sendiri (*self esteem*), 2) modul perilaku layanan melebihi harapan (*exceed expectation*), 3) modul pembenahan masalah keluhan (*recovery*), 4) modul pelayanan bermutu tinggi sesuai visi organisasi, 5) modul

perbaikan sikap dan peningkatan keterampilan hubungan dengan orang lain (*self improvement*), 6) Modul perhatian dan perlakuan pada pelanggan (*care*), 7) modul pemberdayaan diri untuk mampu memikul tanggung jawab (*self empowerment*). Ada beberapa hal yang menjadi evaluasi keterbatasan pelatihan tersebut yaitu: 1) pelatihan dilaksanakan hanya 1 kali (tidak menjadi agenda tahunan) sementara *training* modifikasi perilaku memerlukan *follow up* lebih dari 1 kali^{vii}, 2) jenis pelatihan *off the job training* dengan metode *lecture* sehingga belum praktis dan aplikatif sementara yang diharapkan adalah *on the job training* dengan metode *role playing* pengalaman langsung di lapangan, 3) tidak dilakukan evaluasi keefektifan pelatihan sehingga perubahan yang terjadi cenderung situasional artinya tidak ada jaminan pelaksanaan pelatihan mampu meningkatkan *interpersonalship* perawat.

2. Melaksanakan program pengembangan SDM keperawatan melalui pendidikan dan latihan. Program pengembangan ini bertujuan meningkatkan profesionalisme dalam hal teknik keperawatan, asuhan keperawatan, interpersonal keperawatan, etika dan legalitas praktek keperawatan. Kemudian juga dilaksanakan sebagai *up grading* jenjang pendidikan sesuai Kepmenkes RI No. 863/Menkes/SK/VI/2005 tentang pedoman pengembangan kinerja perawat dan bidan serta untuk memenuhi standarisasi ketenagaan akreditasi rumah sakit tipe C.^{viii} Berdasarkan surat keputusan Direktur RSUD BrigJend. H. Hassan Basri Kandungan No.193/RSU-HHB/TU/SK/IV/2003 tentang Penetapan Piagam Kerjasama atau *Memorandum Of Understanding*, penyelenggaraan proses pendidikan dan latihan dilaksanakan oleh lembaga pendidikan Program DIII Keperawatan STIKES

Muhammadiyah Banjarmasin. Sampai Januari 2007 tenaga keperawatan dengan tingkat pendidikan DIII/ AKPER berjumlah 75 orang. Hasil evaluasi manajemen rumah sakit, terlihat bahwa dengan dilaksanakannya *up grading* profesionalisme keperawatan tidak ditemukan kesalahan pemeriksaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Hal ini juga didukung dengan tidak adanya komplain berkenaan dengan fungsi teknis pelayanan keperawatan pada tahun 2007. Menurut Foster, *customer complain* adalah *customer requirement* yang dapat diterjemahkan sebagai indikator kualitas pelayanan^{ix}. Tidak adanya komplain berarti kinerja medik atau teknik keperawatan yang diberikan masih berkualitas dan sesuai dengan harapan.

3. Melakukan pengkajian dan penetapan *standard operating prosedur* (SOP) pada unit pelayanan. RSUD Brigjend H. Hassan Basri Kandungan dalam rangka menuju akreditasi untuk 5 bidang pelayanan, kelengkapan jenis dan jumlah SOP disesuaikan dengan standar rumah sakit tipe C. Secara umum terdapat 5 kategori prosedur yang ditetapkan yaitu: 1) kategori administrasi, 2) kategori penunjang, 3) kategori penatalaksanaan, 4) kategori tulis/ menulis, 5) kategori rumah tangga. Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan pada 5 bidang pelayanan, SOP masih belum terintegrasi seluruhnya dalam kegiatan pelayanan keperawatan.
4. Melakukan pengkajian ulang terhadap *reward system* berdasarkan beban kerja dengan melibatkan pihak-pihak terkait. Tujuannya adalah: 1) menghargai kinerja pelayanan, 2) memperoleh personalia yang *qualified*, 3) mempertahankan para karyawan yang ada sekarang, 4) menjamin keadilan, 5) memenuhi peraturan legal yang berlaku.

Berdasarkan hasil evaluasi diperoleh data bahwa beban kerja perawat paling tinggi adalah ruang penyakit dalam mencapai rata-rata 2041 menit (34 jam 1 menit) per hari dan beban kerja perawat paling rendah di ruang VIP rata-rata 726 menit (12 jam 6 menit) per hari. Sedangkan di 3 ruang rawat inap lainnya beban kerja perawat rata-rata 811 menit (13 jam 31 menit) – 1235 menit (23 jam 5 menit) per hari. Beban kerja per perawat di 5 ruang rawat inap rata rata 68 menit (1 jam 8 menit) - 112 menit (1 jam 52 menit) per hari.

Tabel 1.7. Rata-Rata Beban Kerja Setiap Perawat Per-hari Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Periode Juli s/d Desember 2007

Ruang	Jumlah Perawat (orang)	Beban Kerja per hari (menit)	Beban Kerja per Perawat (menit)
Penyakit Dalam	16	2.041	170 (2 jam 10')
ICU	12	1.235	112 (1 jam 52')
Bedah	13	1.170	106 (1 jam 46')
Anak	14	1.009	92 (1 jam 32')
Vip	13	811	68 (1 jam 8')

Sumber : Bag. Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

Dengan mengetahui beban kerja tersebut pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan berupaya melaksanakan sistem *reward* yang seadil-adilnya serta dilakukan evaluasi secara berkala untuk penyesuaian/ revisi. Evaluasi pelaksanaan sistem pembagian jasa berdasarkan bobot kinerja dalam 1 tahun terakhir mampu berjalan dengan baik dan masih dipandang efektif/ mencukupi sebab belum diterima usulan-usulan baru sebagai perbaikan.

5. Mengadakan evaluasi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi perawat. Kegiatan ini bertujuan untuk melihat kesesuaian pelaksanaan tugas antara *job description* dengan kenyataan di lapangan serta untuk mengetahui apakah perawat tahu persis tugas pokok dan fungsinya sebagai perawat di unit rawat inap. Hasil evaluasi kegiatan

menunjukkan bahwa (11%) masih ada perawat pelaksana tidak mengetahui *job* diskripsinya dan (20%) berdasarkan hasil *re-job analysis* terdapat beberapa tugas tambahan/ pengurangan tugas pokok dari standar diskripsi jabatan yang diterbitkan oleh Dirjen YanMed Depkes RI (1999).^x

6. Melaksanakan program kegiatan pemantauan mutu berkelanjutan di masing-masing unit rawat inap melalui kegiatan gugus kendali mutu (GKM)/ *quality control circle*. Kegiatan ini bertujuan untuk membentuk gugus di setiap ruang perawatan yang bertugas memantau mutu pelaksanaan perawatan secara bersama-sama, mendiskusikan permasalahan yang ditemui serta mencari alternatif pemecahan masalahnya. Topik bahasan disesuaikan mulai dari teknik medik sampai interpersonal. Saat ini sudah terbentuk 7 gugus yaitu: 1) GKM ruang anak, 2) GKM ruang bedah, 3) GKM ruang bersalin, 4) GKM ruang penyakit dalam, 5) GKM VIP, 6) GKM unit gawat darurat (UGD) dan 7) GKM rekam medik. GKM dapat mengontrol pelaksanaan *standard operating procedure* (SOP) serta melakukan revisi jika ditemukan langkah yang lebih sesuai. Kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan GKM adalah masih rendahnya kesadaran masing-masing anggota gugus dalam melakukan urun rembuk serta prosedur pelaksanaan PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) sehingga keaktifan peserta cenderung monoton dan terbatas pada orang-orang tertentu saja.
7. Pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan telah mengeluarkan himbauan tertulis kepada staf pelaksana fungsional keperawatan berdasar surat Direktur: No.023/RSU-HHB/DKLT/VII/2005 yang isinya memberi kesempatan seluas-luasnya

kepada karyawan untuk berprestasi meningkatkan karir baik jalur fungsional maupun struktural dan kenaikan pangkat sesuai ketentuan yang berlaku. Himbauan ini bertujuan untuk memotivasi karyawan agar bekerja lebih maksimal dan mengutamakan kualitas pelayanan sebab kenaikan karir akan diikuti dengan kenaikan tunjangan yang telah ditetapkan.

8. Untuk meningkatkan sikap kerja dan kenyamanan kerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di unit rawat inap, manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan telah memperbaharui dan menambah beberapa kebutuhan yang diperlukan diantaranya, 1) alat kesehatan kedokteran, 2) memperluas ruang jaga perawat dengan melengkapi fasilitas pendukung, 3) menambah 1 unit komputer untuk sistem informasi, 4) melakukan kegiatan pemeliharaan dan perbaikan gedung ruang perawatan. Program ini sudah sesuai dengan pemenuhan standarisasi sarana dan peralatan untuk pelayanan rawat inap rumah sakit tipe C yang dikeluarkan Depkes RI (1994).^{xi}

Meskipun telah dilakukan upaya peningkatan kompetensi interpersonal perawat tetapi pada kenyataannya masih banyak keluhan pasien sehubungan dengan kinerja perawat terhadap kompetensi interpersonal dalam memberikan pelayanan di unit rawat inap.

Berdasarkan Survei Mutu Pelayanan Kesehatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan terhadap 100 orang responden yang dilakukan pada 13 jasa pelayanan utama yaitu: 1) surat keterangan sehat, 2) surat keterangan GCM, 3) pelayanan rujukan umum, 6) pemeriksaan rontgen, 7) pelayanan medik rawat jalan, 8) pelayanan medik rawat inap, 9) UGD, 10) pelayanan mobil ambulan, 11) pelayanan visum mayat, 12) rehabilitasi medis/ fisioterapi dan 13) pelayanan poli gigi. Dilaksanakan oleh Pemerintah

Kabupaten Hulu Sungai Selatan bekerja sama dengan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lambung Mangkurat dan Laboratorium *Good Governance* Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2007 dihasilkan indeks mutu pelayanan kesehatan sebesar (0,29) termasuk dalam klasifikasi “sangat rendah”.^{xii} Maknanya adalah, pada saat ini mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan sangat rendah.

Untuk pelayanan perawatan inap (7,25%) masyarakat menilai “sangat mengecewakan”, (80%) menilai “biasa-biasa saja” dan ada sekitar (11,59%) penduduk menilai “sangat memuaskan”. Nilai rata-rata mutu empirik pelayanan perawatan inap ditemukan sebesar (2,04) sedangkan nilai harapan penduduk sebesar (2,48). Ini berarti harapan penduduk akan mutu pelayanan rawat inap yang baik baru bisa terpenuhi sebesar (82,26%) atau (68%) dari “janji” manajemen, sehingga masih terdapat kesenjangan (32%) dari harapan manajemen yang perlu ditindaklanjuti.

Persepsi masyarakat terhadap pelayanan oleh perawat (5,97%) menilai “sangat memuaskan”, (85,07%) beranggapan “biasa-biasa saja” dan (8,69%) merasa “sangat mengecewakan”. Kondisi tersebut menunjukkan hanya sebesar (5,97%) penduduk merasa “sangat terpuaskan” terhadap pelayanan perawatan oleh tenaga perawat, namun jumlah ini masih lebih kecil dari pada yang menilai “sangat mengecewakan”. Nilai rata-rata mutu empirik pelayanan oleh perawatan ditemukan sebesar (1,97) dengan nilai rata-rata sebesar ini berarti kebutuhan masyarakat baru terpenuhi sebesar (77,86%) atau baru terealisasi sebanyak (65,67%) dari “janji” manajemen.

Analisis terhadap aspek *human tangible*, yakni penampilan perawat secara umum hanya dapat memenuhi sebesar (78,71%) dari harapan atau kebutuhan masyarakat, atau (65,70%) dari “janji” manajemen. Berarti ada kesenjangan sebesar (34,30%) yang harus ditutupi untuk mencapai

optimalisasi mutu pelayanan. Sedangkan persepsi masyarakat terhadap kecekatan tenaga perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien sebanyak (48,31%) masyarakat menilai perawat “kurang cekatan”.

Dari analisis aspek *assurance* atau rasa aman terhadap perlakuan semena-mena dalam proses pelayanan akan memberikan sugestif kepada pasien yang membantu proses penyembuhan, persepsi masyarakat hingga saat ini, kebutuhan akan rasa aman baru bisa terpenuhi sebesar (71,38%-85,71%), dan “janji” manajemen baru bisa direalisasikan sebesar (65,67%-82,00%). Hasil analisa juga menunjukkan bahwa hampir (60%) penduduk menilai kepentingan mereka sebagai pasien masih “kurang diutamakan”.

Hasil analisis terhadap aspek empati dengan tolok ukur proses interaksi yang dapat menimbulkan perasaan *turst* dan diperlakukan dengan santun, menunjukkan hanya sebanyak (23,60%) masyarakat menilai kesediaan perawat untuk menghibur pasien “sesuai dengan harapan”. Selebihnya menilai “sama sekali tidak sesuai dengan harapan” (17,98%) dan “kurang sesuai dengan harapan” (58,43%). Sementara analisa ini juga menunjukkan (18,18%) kesabaran perawat dalam memeriksa pasien “sama sekali tidak sesuai dengan harapan. Selebihnya (36,37%) menilai “sesuai dengan harapan” dan (45,45%) “kurang sesuai dengan harapan”. Ini berarti muncul kesan untuk memperoleh pelayanan yang santun masih cukup jauh dari harapan/ kebutuhan masyarakat. Kalkulasi sederhana menghasilkan, pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan baru mampu memenuhi kebutuhan ini sebesar (74,10%-93,17%) dari harapan penduduk atau (68,67%-91,00%) dari “janji” manajemen.

Keluhan pasien terhadap mutu pelayanan keperawatan di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan juga diperoleh dari layanan komplin melalui SMS (*Short Massage Service*). Hasil rekapitulasi

berdasarkan laporan tim manajemen komplin menunjukkan bahwa sejak bulan Januari sampai pada bulan Oktober 2007 terdapat 214 SMS komplin. Dari 214 SMS tersebut (35%) menyatakan keluhan terhadap sarana dan prasarana, (45%) menyatakan keluhan terhadap kompetensi interpersonal perawat dalam memberikan pelayanan, dimana perawat kurang ramah, galak, tidak banyak bicara, bahasa yang digunakan mudah menyinggung perasaan, kurang jelas dalam memberikan instruksi saat pemeriksaan dan banyak tidak menjawab pertanyaan sehubungan dengan keluhan penyakit yang diderita pasien, (10%) mengeluhkan area parkir kurang luas, (5%) mengeluhkan pendaftaran buka tidak tepat waktu, (5%) mengeluhkan waktu tunggu yang lama sebab dokter datang terlambat.

Ada dua faktor yang mempengaruhi kompetensi interpersonal perawat baik secara langsung dan tidak langsung. 1) faktor individual intrinsik adalah faktor dalam diri individu yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku, faktor ini merupakan struktur kepribadian atau karakteristik seseorang sehingga unik dan berbeda dengan orang lain. 2) faktor individual ekstrinsik adalah faktor di luar diri individu, bersifat situasional dapat mempengaruhi persepsi dan motivasi seperti iklim organisasi, pimpinan, sarana dan prasarana kerja, *reward/ penghargaan*.^{xiii}

Peran manajemen keperawatan idealnya mampu menjadi media stimulasi dengan mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan kompetensi interpersonal perawat serta melakukan pengelolaan dan *reinforcement* yang memadai untuk membangun, merubah atau mempertahankan sikap interpersonal perawat yang diharapkan.^{xiv}

Peran tersebut terwujud dalam aktifitas manajerial seperti: 1) gaya kepemimpinan yang mampu mempengaruhi dan mengarahkan fungsi tugas perawat untuk menjalankan pelayanan keperawatan yang ramah-tamah, 2)

melaksanakan pengorganisasian keperawatan dengan ketegasan dalam pendelegasian dan pembagian tugas untuk melaksanakan pelayanan keperawatan berkualitas, 3) aktivitas pengawasan dengan melakukan audit internal sebagai pemantauan kualitas pelayanan keperawatan, 4) menjadi fasilitator untuk meningkatkan motivasi kerja melalui penghargaan dan renumerasi, serta 5) membangun suasana kerja yang harmonis dan lingkungan kerja yang produktif.^{xv}

Berdasarkan *free listing* bulan Agustus 2008 pada beberapa perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan menunjukkan keluhan terhadap aktifitas manajerial keperawatan yaitu: 1) dalam 6 bulan terakhir tidak ada supervisi langsung pelaksanaan pelayanan keperawatan di unit rawat inap, 2) pembinaan bagi perawat yang bermasalah belum dijalankan dengan tegas, 3) belum memfasilitasi terbentuknya komite keperawatan, 4) tidak ada informasi dan evaluasi kegiatan/ pencapaian kinerja pelayanan keperawatan, 5) belum ada prosedur (SOP) tentang penyelesaian permasalahan pelayanan keperawatan seperti komplain pelanggan terhadap kompetensi interpersonal perawat.

Dengan mempelajari semua gejala-gejala di atas maka masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah rendahnya kompetensi interpersonal perawat serta rendahnya kualitas mutu pelayanan dari persepsi masyarakat yang secara langsung berpengaruh pada menurunnya minat konsumtif terhadap pelayanan kesehatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Untuk itu perlu dilakukan analisis aspek-aspek manajerial dalam hal ini manajemen keperawatan yang dapat berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal tersebut.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan studi pendahuluan di atas maka menurunnya minat masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan rawat inap di RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dengan indikator BOR (*Bed Occupancy Ratio*) pada tahun 2007 mencapai (66,1%) turun dari (80,09%) pada tahun 2006 dan LOS (*Length Of Stay*) pada tahun 2007 mencapai 31 hari (tidak memenuhi target standar) secara umum disebabkan oleh rendahnya kompetensi interpersonal perawat serta rendahnya kualitas mutu pelayanan.

Hal ini sesuai dengan hasil Survei Mutu Pelayanan Kesehatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan pada 13 jasa pelayanan oleh Pemerintah Kabupaten Hulu Sungai Selatan bekerja sama dengan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lambung Mangkurat dan Laboratorium *Good Governance* Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2007 bahwa persepsi masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan berada dalam kategori “sangat rendah”. Terhadap pelayanan perawatan inap (7,25%) penduduk menilai “sangat mengecewakan”, (8,69%) persepsi masyarakat terhadap pelayanan oleh perawat dinilai “sangat mengecewakan”, (60%) penduduk menilai kepentingan mereka sebagai pasien masih “kurang diutamakan” dan (18,18%) beranggapan perawat tidak sabaran.

Sebagai upaya peningkatan kompetensi interpersonal perawat, pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan sudah melakukan 8 (delapan) langkah manajerial seperti: 1) melaksanakan pelatihan “pelayanan prima” yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan *interpersonalship* perawat, 2) melaksanakan program pengembangan SDM keperawatan melalui pendidikan dan latihan, 3) melakukan pengkajian dan penetapan *standard operating prosedur* (SOP) pada pelayanan rawat inap, 4) melakukan pengkajian ulang terhadap *reward system* berdasarkan beban kerja dengan

melibatkan pihak-pihak terkait, 5) mengadakan evaluasi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi perawat, 6) melaksanakan program kegiatan pemantauan mutu berkelanjutan di masing-masing unit rawat inap melalui kegiatan gugus kendali mutu (GKM)/ *quality control circle*, 7) memberi kesempatan seluas-luasnya kepada karyawan untuk berprestasi meningkatkan karir baik jalur fungsional maupun struktural, 8) memperbaharui dan menambah beberapa kebutuhan sarana dan peralatan untuk meningkatkan sikap kerja dan kenyamanan kerja perawat.

Pentingnya kompetensi interpersonal merupakan permasalahan yang harus segera ditangani oleh pihak manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan karena tingkat kompetensi interpersonal perawat sangat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan dan kualitas pelayanan yang buruk akan berdampak pada turunnya minat beli masyarakat. Berdasarkan hal tersebut perlu disusun kembali langkah-langkah peningkatan kualitas mutu pelayanan dengan komprehensif termasuk upaya pengelolaan kemampuan interpersonal perawat sebab upaya organisasional dan teknis fungsional yang sudah dilaksanakan belum mampu membawa perubahan yang berarti. Oleh karena itu perlu diketahui aspek-aspek manajerial dalam hal ini manajemen keperawatan yang dapat mempengaruhi kompetensi interpersonal perawat khususnya perawat di unit rawat inap.

C. Pertanyaan Penelitian

Dengan demikian dalam penelitian ini dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : “apakah aspek-aspek manajemen keperawatan yang dapat mempengaruhi kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap”?.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Mengetahui aspek-aspek manajemen keperawatan yang dapat berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat.

2. Tujuan Khusus:

- a. Untuk mengetahui karakteristik (jenis kelamin, umur, masa kerja) perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
- b. Untuk mengetahui persepsi tentang pelaksanaan aspek-aspek manajemen keperawatan dan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
- c. Untuk mengetahui hubungan persepsi kepemimpinan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
- d. Untuk mengetahui hubungan persepsi pengorganisasian keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
- e. Untuk mengetahui hubungan persepsi pengawasan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
- f. Untuk mengetahui hubungan persepsi motivasi keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
- g. Untuk mengetahui hubungan persepsi kondisi lingkungan kerja dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

- h. Untuk mengetahui pengaruh bersama-sama aspek-aspek manajemen keperawatan terhadap kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

E. Ruang Lingkup

1. Lingkup Waktu

Waktu pelaksanaan penelitian sebagaimana dijadwalkan adalah pada bulan September 2008 sampai Februari 2009.

2. Lingkup Tempat

Tempat penelitian adalah unit rawat inap yang terdiri dari 5 ruang perawatan di RSUD Brigjend H. Hassan Basri Kandangan.

3. Lingkup Materi

Lingkup materi adalah Manajemen Keperawatan, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Manajemen Administrasi Rumah Sakit.

4. Lingkup Metode

Metode pelaksanaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dengan survei.

5. Lingkup Masalah

Masalah dibatasi pada aspek-aspek manajemen keperawatan yang dapat mempengaruhi kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Aspek tersebut meliputi: 1) kepemimpinan, 2) pengorganisasian, 3) pengawasan, 4) motivasi, 5) lingkungan kerja.

6. Lingkup Sasaran

Penelitian ini ditujukan kepada seluruh perawat pelaksana yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan pada pasien di rawat unit inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

F. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dapat membentuk keahlian dalam melakukan analisis terhadap aspek-aspek manajemen keperawatan yang mempengaruhi kompetensi interpersonal perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

2. Bagi Manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

a. Hasil penelitian ini dapat menggambarkan kondisi kompetensi interpersonal perawat dalam memberikan pelayanan di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

b. Dengan mengetahui aspek-aspek manajerial dalam hal ini manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat maka hasil penelitian ini juga menjadi dasar penyusunan metode pengelolaan SDM yang sesuai dan tepat guna untuk mengelola kompetensi interpersonal perawat menjadi lebih baik mengingat beberapa kegiatan manajerial yang sudah dilaksanakan belum membawa dampak yang berarti.

3. Bagi Program Studi Administrasi Rumah Sakit MIKM-UNDIP Semarang

Hasil penelitian ini sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan serta dapat menjadi referensi bagi peneliti-peneliti berikutnya.

G. Keaslian Penelitian

Penelitian sebagaimana yang peneliti lakukan belum pernah dilakukan di RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Namun demikian terdapat beberapa penelitian yang juga mengambil tema tentang kinerja pelayanan keperawatan di unit rawat inap. Beberapa penelitian tersebut sebagaimana dilakukan oleh:

1. Santoso (2004) meneliti tentang Analisis Faktor-Faktor Kompetensi Interpersonal Perawat Yang Berpengaruh Terhadap Keluhan Pasien Tentang Pelayanan Perawat Unit Rawat Jalan Mata Rumah Sakit William Booth Semarang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran keluhan pasien dan mengetahui secara bersama-sama faktor-faktor kompetensi interpersonal (keramah-tamahan, kesabaran, dan perhatian) terhadap keluhan pasien tentang pelayanan perawat. Subyek penelitian adalah 91 responden pasien yang terpilih dan diperiksa atau dilayani oleh perawat di unit rawat jalan. Data dikumpulkan dengan menggunakan Kuesioner dan Wawancara, dan dianalisis hubungan menggunakan *Uji Chi Square* dan uji pengaruh dengan Uji Regresi Logistik. Hasil penelitian mendapat kesimpulan: 1) terdapat hubungan antara keramahan, perhatian dan kesabaran perawat terhadap keluhan pasien tentang pelayanan perawat unit rawat jalan mata Rumah Sakit William Booth Semarang, 2) perawat tidak ramah memiliki resiko 4 kali lebih besar membuat pasien mengeluh, 3) perawat yang tidak sabar memiliki resiko 10 kali lebih besar membuat pasien mengeluh, dan 4) perawat tidak perhatian memiliki resiko 3 kali lebih besar membuat pasien mengeluh.
2. Warsito (2006) meneliti tentang Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Manajemen Kepala Ruang Terhadap

Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengarahan, fungsi pengawasan, fungsi pengendalian kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan. Subyek penelitian adalah 54 responden perawat pelaksana di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Data dikumpulkan dengan menggunakan Kuesioner dan Wawancara dan dianalisis hubungan menggunakan *Uji Chi Square* dan uji pengaruh dengan Uji Regresi Logistik. Hasil penelitian mendapat kesimpulan: 1) pelaksanaan fungsi manajerial seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian dipersepsikan perawat pelaksana setuju dilaksanakan oleh kepala ruang, 2) fungsi perencanaan kepala ruang tidak ada hubungannya dengan manajemen asuhan keperawatan, 3) fungsi pengorganisasian kepala ruang tidak ada hubungannya dengan manajemen asuhan keperawatan, 4) Perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengarahan, pengawasan dan pengendalian tidak baik, cenderung pelaksanaan manajemen asuhannya juga tidak baik.

Perbedaan dengan penelitian sebagaimana peneliti lakukan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.8. Perbedaan Penelitian Yang Dilakukan Dengan Penelitian Terdahulu

	Peneliti		
	Santoso	Warsito	Hidayat
Time	2004	2006	2009
Judul Penelitian	– Analisis Faktor-Faktor Kompetensi Interpersonal Perawat Yang Berpengaruh Terhadap Keluhan Pasien Tentang Pelayanan Perawat Unit Rawat Jalan Mata Rumah Sakit William Booth Semarang	– Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Manajemen Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang	– Aspek-Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat Di Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan Kalimantan Selatan
Jenis Penelitian	– <i>Observational survey</i> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif	– <i>Observational survey</i> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif	– <i>Observational survey</i> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif
Statistik Penelitian	– <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics Binary</i>	– <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics Binary</i>	– <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics Binary</i>
Populasi Penelitian	– 91 orang pasien rawat jalan mata di Rumah Sakit William Booth Semarang	– 54 orang perawat pelaksana yang bertugas di bagian rawat inap RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang	– 68 orang perawat pelaksana yang bertugas di unit rawat inap RSUD Brigjend H. Hassan Basri Kandungan
Lingkup Masalah	– Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kompetensi Interpersonal seperti: keramahmataman, kesabaran dan perhatian.	– Fungsi manajemen kepala ruang seperti: fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengarahan, fungsi pengawasan, dan fungsi pengendalian.	– Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat seperti: kepemimpinan, pengorganisasian, pengawasan, motivasi dan lingkungan kerja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi yang integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan pelayanan medis serta keperawatan. Institusi ini juga merupakan pusat latihan personil dan riset kesehatan.¹

Rumah sakit memfasilitasi penyelenggaraan perawatan rawat inap, pelayanan observasi, diagnosa dan pengobatan aktif untuk individu dengan keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis dan rehabilitasi yang memerlukan pengarah dan pengawasan dokter setiap hari serta perawatan kesehatan pribadi dengan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki secara efektif untuk kepentingan masyarakat.^{xvi}

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik. Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat. Rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien, mengutamakan penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien secara serasi dan terpadu. Untuk upaya tersebut fungsi praktis rumah sakit umum menyelenggarakan: pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, administrasi dan keuangan.^{xvii}

B. Rawat Inap

Rawat inap merupakan komponen dari pelayanan rumah sakit. Kapasitas itu diukur dengan jumlah tempat tidur. Dalam dekade terakhir jumlah tempat tidur tetap digunakan sebagai ukuran tingkat hunian, pelayanan dan keuangan rumah sakit meskipun hanya (10%) dari seluruh pelayanan membutuhkan rawat inap.^{xviii}

Sebuah institusi dapat dikategorikan sebagai rumah sakit apabila paling sedikit memiliki 6 tempat tidur untuk merawat orang sakit dengan lama perawatan di rumah sakit di atas 24 jam setiap kali admisi.¹¹

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik atau pelayanan medik lainnya.¹⁷

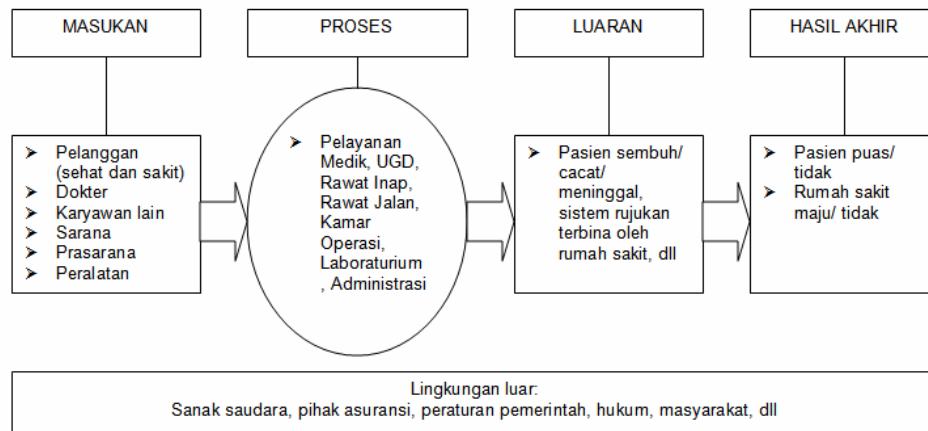
Dengan demikian rawat inap adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang perlu menginap untuk keperluan observasi, diagnosis dan terapi keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis atau rehabilitasi yang memerlukan pengawasan dokter dan pelayanan keperawatan setiap hari.

C. Manajemen Rumah Sakit

Organisasi rumah sakit mempunyai bentuk yang unik dan berbeda dengan organisasi lain pada umumnya. Rumah sakit mempunyai kekhususan yang lahir dari adanya hubungan yang terjadi antara *Medical Staff* (kelompok dokter dan perawat) dan Administrator atau *CEO* (manajemen) serta *Governing Body*. Akibat adanya hubungan-hubungan tersebut otoritas formal yang direpresentasikan oleh Administrator atau *CEO* (manajemen) harus mampu mengakomodasi otoritas keilmuan dan keahlian yang dimiliki oleh kelompok dokter dan perawat, dimana secara historis mereka memegang

peran yang sangat besar menjamin berjalannya roda sistem pelayanan kesehatan yang dilaksanakan.¹⁶

Dengan demikian CEO (manajemen) dituntut untuk mampu melakukan pengelolaan rumah sakit sebagai suatu sistem yang menghasilkan pelayanan jasa medis dan non medis menggunakan pemikiran dan pendekatan sistem.



Gambar 2.1. Rumah Sakit Sebagai Suatu Sistem

D. Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan menurut Gillies (1994), *management is the process of getting work done others. Nursing management is the process of working through nursing personnel to provide care, cure, and comfort to groups of patients. The nurse manager's task is to plan, organize, direct and control available financial, material and human resources in order to provide effective, economic care to patients.*¹⁵

Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan objektivitas pelaksanaan pelayanan keperawatan.^{xix} Keberhasilan pelayanan keperawatan sangat dipengaruhi oleh bagaimana manajer keperawatan melaksanakan peran dan fungsinya.

Secara operasional manajemen keperawatan merupakan bentuk kepemimpinan dan pengelolaan oleh departemen/ divisi/ bidang/ seksi keperawatan melalui tiga tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak, manajemen menengah dan manajemen bawah. Dalam pelaksanaannya manajer keperawatan harus memiliki beberapa faktor yaitu: 1) kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin (keterampilan kepemimpinan), 2) kemampuan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen (pengorganisasian dan pengawasan), dan 3) kemampuan menerapkan pengetahuan.^{xx}

Herzberg mengemukakan bahwa dalam melaksanakan fungsi manajerial manajer juga harus memperhatikan *maintenance factors* dan *motivation factors*.^{xxi} Sedangkan Flippo mengemukakan faktor lingkungan kerja merupakan faktor yang harus diperhatikan untuk keberhasilan pelaksanaan fungsi-fungsi manajerial.^{xxii}

Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa manajemen keperawatan merupakan pengelolaan aktivitas keperawatan oleh manajer keperawatan (dalam hal ini manajemen puncak) melalui kegiatan manajerial terhadap perawat pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kepada pasien/ keluarga/ masyarakat secara profesional. Kegiatan manajerial tersebut yaitu: 1) kemampuan kepemimpinan keperawatan, 2) kemampuan pengorganisasian keperawatan, 3) kemampuan pengawasan keperawatan, 4) kemampuan mengelola motivasi kinerja keperawatan, 5) kemampuan membangun lingkungan kerja produktif keperawatan.

E. Proses Manajemen Keperawatan

1. Pengkajian data dan informasi

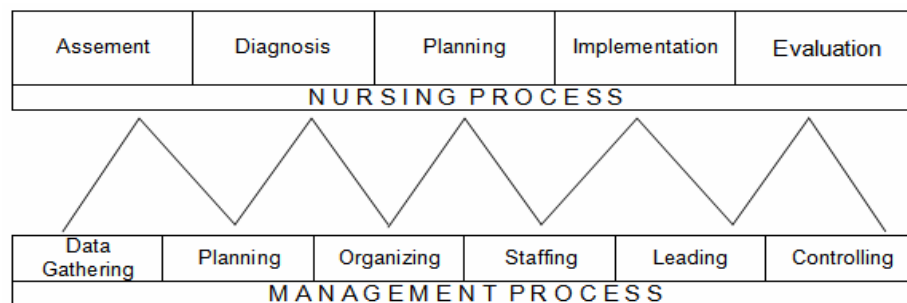
Seorang manajer keperawatan dituntut untuk mengumpulkan informasi tentang keadaan pasien, tenaga keperawatan, administrasi dan keuangan yang akan mempengaruhi proses pelaksanaan fungsi pelayanan keperawatan secara keseluruhan.^{xxiii}

2. Perencanaan

Dimaksudkan menyusun perencanaan strategis dalam mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Perencanaan tersebut juga untuk menentukan kebutuhan pelaksanaan pelayanan keperawatan, menegakkan tujuan, mengalokasikan anggaran belanja, menetapkan ukuran dan tipe tenaga keperawatan yang dibutuhkan, membuat pola struktur organisasi yang dapat mengoptimalkan efektifitas staf, serta menegakkan kebijaksanaan dan prosedur operasional.²³

3. Pelaksanaan

Merupakan implementasi kegiatan manajerial terdiri atas kemampuan kepemimpinan terhadap anak buah untuk menjalankan kegiatan yang sudah direncanakan. Dalam tahapan ini terdapat tiga komponen penting yaitu kemampuan kepemimpinan, kemampuan komunikasi dan kemampuan motivasi.²³



Gambar 2.2. Proses Manajemen Keperawatan Mendukung Proses Kepegawaian

Berdasarkan gambar 2.2 di atas menunjukkan bahwa proses manajemen keperawatan mendukung proses keperawatan. Proses keperawatan dilaksanakan untuk mengelola pasien yang perlu asuhan keperawatan, mengumpulkan data, melaksanakan pengkajian, mendiagnosa masalah, merencanakan intervensi, mengimplementasikan dan mengevaluasi hasil proses keperawatan. Sementara proses manajemen keperawatan bekerja melalui personel dengan melaksanakan fungsi manajerial keperawatan yaitu: mengarahkan, mengorganisasikan, mengontrol keuangan dan material serta sumber daya keperawatan untuk pelaksanaan pelayanan keperawatan yang efektif dan ekonomis kepada pasien.¹⁵

F. Kepemimpinan Keperawatan

Kepemimpinan merupakan gaya memimpin yang dapat menghasilkan keluaran melalui pengaturan kinerja orang lain. Pemimpin harus mampu memastikan bahwa bawahan melaksanakan pekerjaannya berdasarkan keterampilan yang dimiliki dan komitmen terhadap pekerjaan untuk menghasilkan keluaran yang terbaik. Oleh karena itu, kepemimpinan timbul sebagai hasil sinergis berbagai keterampilan mulai dari administratif (perencanaan, pengorganisasian, pengendalian dan pengawasan), keterampilan teknis (pengelolaan, pemasaran, dan teknis prosedural), dan keterampilan interpersonal.^{xxiv}

Robbins menyatakan kepemimpinan merupakan kemampuan untuk mempengaruhi kelompok dalam mencapai tujuan, yang dapat bersumber dari formal seperti posisi atau kedudukan dalam suatu organisasi dan terdapat enam ciri yang terlihat dari seorang pemimpin yaitu: 1) ambisi dan energi, 2)

hasrat untuk memimpin, 3) kejujuran dan integritas, 4) kepercayaan diri, 5) kecerdasan, dan 5) pengetahuan yang relevan dengan tugas pekerjaannya.^{xxv}

Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan kemampuan dan keterampilan seorang manajer keperawatan dalam mempengaruhi perawat lain di bawah pengawasannya untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai. Pemberian pelayanan keperawatan merupakan suatu kegiatan yang kompleks dan melibatkan berbagai individu. Agar tujuan keperawatan tercapai diperlukan kegiatan dalam menerapkan keterampilan kepemimpinan.²⁴

Menurut Kron, kegiatan tersebut meliputi: 1) perencanaan dan pengorganisasian, manajer keperawatan dituntut untuk mampu membuat rencana kegiatan keperawatan baik yang bersifat teknik atau non teknik keperawatan, 2) penugasan dan pengarahan, manajer keperawatan bertanggung jawab dalam hal ketepatan dan kebenaran pelaksanaan proses pelayanan keperawatan pasien, 3) pemberian bimbingan, manajer keperawatan mampu menjadi media konsultasi dan fasilitator pelaksanaan proses pelayanan keperawatan, 4) mendorong kerjasama dan partisipasi, manajer keperawatan dituntut agar dapat membangun kinerja dalam tim 5) koordinasi, diperlukan sebagai sarana konsolidasi proses pelayanan keperawatan yang dilaksanakan, 6) evaluasi penampilan kerja, manajer keperawatan perlu melakukan penilaian terhadap efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tugas dan fungsi bawahannya.^{xxvi}

Kepemimpinan dalam keperawatan dapat ditumbuhkan lebih optimal, selain dengan menguasai keterampilan di atas tetapi juga apabila seorang manajer keperawatan mampu memperlihatkan keterampilan dalam menghadapi orang lain dengan efektif. Keterampilan tersebut yaitu: 1)

kepiawaian dalam menggunakan posisi, 2) kemampuan dalam memecahkan masalah secara efektif, 3) ketegasan sikap dan komitmen dalam pengambilan keputusan, 4) mampu menjadi media dalam penyelesaian konflik kinerja dan 5) mempunyai keterampilan dalam komunikasi dan advokasi.¹⁵

G. Pengorganisasian Keperawatan

Pengorganisasian keperawatan adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas, kewenangan dan tanggung jawab sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kegiatan kesatuan yang telah ditetapkan pada proses pelaksanaan pelayanan keperawatan.^{xxvii} Szilagji mengemukakan bahwa fungsi pengorganisasian merupakan proses mencapai tujuan dengan koordinasi kegiatan dan usaha, melalui penataan pola struktur, tugas, otoritas, tenaga kerja dan komunikasi.²⁷

Tiga aspek penting dalam pengorganisasian keperawatan yaitu: 1) pola struktur yang berarti proses hubungan interaksi yang dikembangkan secara efektif, 2) penataan tiap kegiatan yang merupakan kerangka kerja dalam organisasi, 3) struktur kerja organisasi termasuk kelompok kegiatan yang sama, pola hubungan antar kegiatan yang berbeda, penempatan tenaga yang tepat dan pembinaan cara komunikasi yang efektif.²³

Prinsip – prinsip pengorganisasian keperawatan meliputi yaitu:²⁷

1. Pembagian kerja keperawatan

Prinsip dasar untuk mencapai efisiensi yaitu pekerjaan dibagi-bagi sehingga setiap orang atau petugas akan memiliki tugas tertentu. Untuk itu manajer keperawatan perlu mengetahui yaitu: 1) pendidikan dan pengalaman setiap staff, 2) peran dan fungsi pelaksanaan pelayanan keperawatan di rumah sakit, 3) perawat yang diterapkan di RS tersebut, 4) mengetahui ruang lingkup tugas keperawatan mulai

dari manajemen puncak sampai manajemen bawah dan staf dalam organisasi rumah sakit, 5) mengetahui batas wewenang dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagai manajer keperawatan, 6) mengetahui hal-hal yang dapat didelegasikan kepada kepala ruangan dan staf pelaksanaan pelayanan keperawatan.

2. Pendelegasian tugas manajerial

Pendelegasian adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab manajer keperawatan kepada bawahan/ karu/ staf untuk bertindak dalam batas-batas tertentu. Dengan pendelegasian, manajer keperawatan dapat mencapai tujuan dan sasaran kelompok melalui usaha orang lain. Dengan pendelegasian manajer keperawatan mempunyai waktu lebih banyak untuk melakukan hal lain yang lebih penting seperti perencanaan dan evaluasi. Pendelegasian juga merupakan alat pengembangan dan latihan manajerial yang bermanfaat. Staf yang memiliki minat terhadap tantangan yang lebih besar akan menjadi lebih komit dan puas bila diberikan kesempatan untuk memegang tugas atau tantangan yang penting.

Bagi staf, pendelegasian dapat mengembangkan rasa tanggung jawab, meningkatkan pengetahuan dan rasa percaya diri, berkualitas, lebih komit dan puas pada pekerjaan. Sementara bagi manajer keperawatan dapat memberikan pengaruh/ *power internal* maupun eksternal, meningkatkan kedewasaan dan rasa percaya diri serta dapat mencapai sasaran pelayanan keperawatan melalui usaha orang lain.

3. Koordinasi tugas manajerial

Koordinasi tugas manajerial adalah upaya yang dilakukan oleh manajer keperawatan dalam rangka keselarasan tindakan, usaha,

sikap dan penyesuaian antar tenaga dalam lini organisasi pelayanan keperawatan. Keselarasan ini dapat terjalin antara pimpinan dan pelaksana tugas pelayanan keperawatan atau dengan anggota tim kesehatan lain.

Agar mencapai kegiatan koordinasi dengan efektif dan efisien maka koordinasi sebaiknya dilakukan dengan cara yaitu: 1) komunikasi terbuka, 2) dialog, 3) pertemuan/rapat, 4) pencatatan dan pelaporan, 5) pembakuan formulir yang berlaku.

4. Manajemen waktu

Dalam mengorganisir ketenagaan, manajer keperawatan perlu mengatur/ mengendalikan dan membuat prioritas waktu terhadap pelaksanaan pelayanan keperawatan. Oleh karena itu perlu dilakukan pengontrolan waktu sehingga dapat digunakan lebih efektif.

H. Pengawasan Keperawatan

Pengawasan dalam keperawatan merupakan aktivitas manajerial yang dilakukan oleh manajer keperawatan untuk mencapai keberhasilan pelayanan keperawatan melalui kegiatan supervisi, audit internal, penilaian prestasi dan disiplin.¹⁵ Supervisi keperawatan adalah proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan. Adapun tujuan dari supervisi keperawatan adalah pemenuhan dan peningkatan kepuasan pelayanan pada pasien dan keluarganya.

Di rumah sakit manajer keperawatan yang melakukan tugas supervisi adalah kepala ruang, pengawas keperawatan, kepala seksi, kepala bidang dan wakil direktur keperawatan. Maka semua manajer keperawatan perlu

mengetahui, memahami dan melaksanakan peran dan fungsinya sebagai supervisor.

Tanggung jawab supervisor dalam manajemen pelayanan keperawatan adalah: 1) menetapkan dan mempertahankan standar praktek pelayanan dan asuhan keperawatan, 2) menilai kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan, 3) mengembangkan peraturan dan prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain yang terkait, 4) memantapkan kemampuan perawat, 5) memastikan praktek keperawatan profesional dijalankan.

Audit internal, penilaian prestasi/ kinerja dan disiplin merupakan bagian pengawasan manajerial termasuk dalam kategori evaluasi kinerja. Menurut Bradshaw dalam Nursalam ada tiga metode dalam melakukan evaluasi pelaksanaan pelayanan keperawatan yaitu: 1) metode observasi langsung, 2) metode uji kompetensi, 3) metode tertulis dan lisan. Kemudian ada dua aspek yang perlu dilakukan evaluasi yaitu: 1) performa teknis/ klinis, 2) performa non teknis/ *independent*.²³

Menurut Sandra ada 4 keterampilan yang perlu dievaluasi yaitu: 1) kemampuan sosial (interpersonal dan kesadaran diri), 2) keterampilan berkomunikasi (berbicara dan mendengar orang lain), 3) *performance* kerja (penggunaan alat, teknik medik, obat), 4) kemampuan pengambilan keputusan (asuhan keperawatan dan manajemen pasien).^{xxviii}

I. Motivasi Keperawatan

Pelaksanaan peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan tindakan yang memerlukan *need*, *drive* dan *motivasi* agar bisa berjalan. Motivasi ini erat kaitannya dengan kinerja berkualitas sebab proses inilah yang nantinya dijadikan tolok ukur

keberhasilan pelaksanaan pelayanan keperawatan di rumah sakit. Dengan kata lain seorang perawat harus memiliki motivasi tinggi agar nanti di dapat kinerja yang baik.²³

Soeroso mengemukakan motivasi merupakan suatu kondisi/ keadaan yang mempengaruhi seseorang untuk terus meningkatkan, mengarahkan serta memelihara perilakunya yang berhubungan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan lingkungan kerjanya.^{xxix}

Adalah menjadi tugas manajer keperawatan agar perawat pelaksana memiliki semangat kerja dan ketahanan kerja yang tinggi. Hal ini bisa dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan dasar perawat dalam melaksanakan fungsinya sebagai pemberi pelayanan. Kepiawaian manajer keperawatan dalam membangun motivasi kinerja akan mempengaruhi kepuasan kerja perawat. Perawat yang puas dengan apa yang diperolehnya dari manajemen akan memberikan lebih dari apa yang diharapkan dan ia akan terus berusaha memperbaiki kinerjanya. Sebaliknya perawat yang kepuasan kerjanya rendah, cenderung melihat pekerjaan sebagai hal yang menjemukan dan membosankan, sehingga ia bekerja dengan terpaksa dan asal-asalan.²⁹

Herzberg mengemukakan bahwa orang dalam melaksanakan pekerjaan dipengaruhi oleh dua faktor yang merupakan kebutuhan yaitu:²¹

1. *Maintenance factors*

Maintenance factors merupakan faktor yang berhubungan dengan upaya *mereinforce* untuk mempertahankan perilaku/ prestasi yang baik yang berorientasi untuk memperoleh ketentraman badaniah, seperti:

- a. Gaji atau upah (*wages or salaries*)
- b. Kondisi kerja (*work conditions*)

- c. Kebijakan dan administrasi perusahaan (*company policy and administration*)
- d. Hubungan antar pribadi (*interpersonal relation*)
- e. Kualitas supervisi (*quality supervisor*)

Maintenance factors merupakan motif yang menjadi keharusan untuk dikelola dan diberikan perhatian oleh pimpinan/ manajer sebagai upaya kesejahteraan.

2. *Motivation Factors*

Motivation Factors merupakan faktor yang menyangkut kebutuhan psikologis seseorang yaitu perasaan sempurna dalam melakukan pekerjaan. Faktor ini berhubungan dengan penghargaan terhadap pribadi yang secara langsung berkaitan dengan pekerjaan, seperti:

- a. Prestasi (*achievement*)
- b. Pengakuan (*recognition*)
- c. Pekerjaan itu sendiri (*work it self*)
- d. Tanggung jawab (*responsibility*)
- e. Pengembangan potensi (*advancement*)
- f. Kemungkinan berkembang (*the possibility of growth*)

J. Lingkungan Kerja Keperawatan.

Semua karyawan tidak terkecuali perawat pelaksana memiliki kebutuhan untuk mengungkapkan diri, ingin diterima sebagai bagian dari "anggota/ keluarga institusi", ingin dipercaya dan didengar kata-katanya, dihargai oleh pimpinannya dan bangga terhadap apa yang dikerjakannya. Melalui hubungan dua arah pihak manajemen mengakui kehadiran mereka, sadar akan arti penting perawat di rumah sakit dan mampu berkolaborasi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bermutu.²⁹

Hal tersebut merupakan salah satu bentuk pengkondisian manajerial terhadap lingkungan kerja keperawatan. Papu mengemukakan lingkungan kerja menunjuk pada hal-hal yang berada di sekeliling dan melingkupi tugas kerja karyawan. Kondisi lingkungan kerja tergantung dan diciptakan oleh pimpinan, dengan kata lain suasana kerja yang tercipta dapat didesain dengan pola yang diciptakan pimpinan. Umumnya lingkungan kerja dapat berupa: 1) struktur tugas, 2) desain pekerjaan, 3) pola kepemimpinan. 4) pola kerjasama, 5) ketersediaan sarana kerja, dan 6) imbalan (*reward system*).^{xxx}

Pentingnya lingkungan kerja keperawatan merupakan upaya manajerial untuk menerapkan peran berorientasi pada manusia (*human oriented*). Karyawan dalam sistem dihargai sebagai manusia seutuhnya yang membutuhkan interaksi dan dukungan lingkungan, bukan mesin produksi. Asumsinya adalah setiap karyawan idealnya ingin bekerja dalam suatu kondisi, sistem, dan suasana kerja yang aman, menyenangkan, terdapat interaksi yang baik, kelengkapan sarana penunjang pekerjaan dan di pimpin oleh manajer yang adil dan pengertian.^{xxxi}

K. Peran dan Fungsi Perawat Profesional

Peran dan fungsi perawat profesional disusun untuk mengidentifikasi dan memperjelas aspek-aspek yang membedakan praktik keperawatan profesional dari praktik perawatan yang diberikan oleh orang yang tidak mempunyai kualifikasi keperawatan profesional. Adapun peran dan fungsi perawat sebagai berikut:¹⁵

1. Perencanaan keperawatan untuk masing-masing pasien.
2. Pemberian perawatan langsung.

3. Identifikasi waktu yang tepat untuk melaksanakan pelayanan keperawatan pada pasien oleh tenaga yang tidak memiliki kualifikasi perawatan profesional.
4. Mempersiapkan dan mendukung tenaga yang tidak memiliki kualifikasi keperawatan profesional untuk melaksanakan aktivitas yang diserahkan kepada mereka oleh perawat profesional.
5. Manajemen dan sumber daya manusia, perlengkapan dan pelayanan yang efektif dan efisien langsung dikendalikan atau diambil alih oleh perawat profesional.
6. Pembentukan standar, audit keperawatan dan audit klinik.

L. Kompetensi Interpersonal Perawat

1. Definisi

Kompetensi (*competence*) merupakan cerminan dari kemampuan profesionalisme petugas/ karyawan dalam melaksanakan fungsinya. Memiliki pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), bisa dilakukan (*ability*) ditunjang dengan pengalaman (*experience*). Oleh karena itu, keprofesionalan tidak mungkin muncul tiba-tiba tanpa melalui perjalanan waktu.^{xxxii}

Kemampuan karyawan terdiri dari 1) kemampuan teknis yang dimiliki oleh setiap orang untuk menyelesaikan tugasnya, 2) kemampuan interpersonal (hubungan antar pribadi) dan 3) konseptual, dengan kadar kebutuhan yang berbeda. Kemampuan teknik adalah kemampuan menggunakan ilmu pengetahuan, metode, teknik dan alat yang diperoleh melalui pengalaman, pendidikan dan pelatihan, untuk melakukan tugas-tugasnya. Kemampuan interpersonal adalah kemampuan menilai orang dan kemampuan dalam bekerjasama dengan orang lain, termasuk

motivasi dan penerapan kepemimpinan yang efektif. Kemampuan konseptual adalah kemampuan mengetahui kekompakan organisasi dan keseluruhan peranan dirinya dalam organisasi.^{xxxiii}

Kompetensi interpersonal perawat diartikan sebagai sikap petugas dalam menjalin hubungan kepada pasien dengan penuh perhatian atau keramahan dan bisa dipercaya. Hal ini merupakan keterampilan yang dimiliki seseorang semenjak lahir atau muncul secara perlahan-lahan seiring dengan pengalaman dan kematangan kepribadian.

2. Dimensi Interpersonal

Dimensi-dimensi hubungan interpersonal menurut Barnes adalah.³²

INTERPERSONAL	
1. Kepercayaan Diri	11. Ketergantungan
2. Komitmen	12. Kesadaran Akan Riwayat Pihak Lain
3. Dapat Dipercaya	13. Komunikasi Dua Arah
4. Kedekatan	14. Kehangatan, Keintiman
5. Pengertian, Empati	15. Minat Pada Kebutuhan
6. Tujuan Yang Sama	16. Pengetahuan
7. Nilai Yang Dibagikan	17. Responsif
8. Hubungan Timbal Balik	18. Menepati Janji
9. Rasa Hormat, Ketulusan	19. Dukungan Komunitas
10. Perhatian, Kasih Sayang, Rasa Suka	20. Kompetensi Sikap

Kemudian dimensi-dimensi hubungan interpersonal tersebut dapat dikelompokkan menjadi empat karakteristik sikap yaitu: 1) Keramahan, yaitu sikap ramah tamah kepada orang lain. 2) Kesopanan, yaitu sikap santun baik dalam tutur kata maupun perilaku. 3) Perhatian, yaitu ketertarikan berkomunikasi dengan hangat dan harmonis. 4) Kestabilan, yaitu keadaan seimbang tidak mudah terbawa emosi dan kecewa.

3. Kompetensi Interpersonal Perawat

Gunarsa mengemukakan bahwa seorang perawat dalam melakukan hubungan dengan pasien seharusnya memiliki ciri-ciri sikap sebagai berikut.^{xxxiv}

a. Berpenampilan yang menarik

Dalam keadaan sakit umumnya pasien mengalami perasaan-perasaan tidak enak dan dapat menyebabkan tekanan jiwa yang mampu membangun perasaan sedih dan putus asa. Keadaan dalam diri pasien sedapat mungkin dibantu dengan hiburan dan pengkondisian eksternal yang dapat mengangkat perasaan pasien supaya tidak mengalami tekanan-tekanan lagi. Dalam hal ini seorang perawat mengambil peran mengubah suasana hati pasien dengan penampilan yang menarik.

b. Kejujuran

Pada dasarnya setiap orang ingin merasa tenang dalam hubungan dengan orang lain. Setiap orang ingin merasa aman dengan adanya orang lain disekitarnya dan ia akan merasa nyaman bila tidak merasa dirinya terancam oleh orang lain. Dengan kata lain setiap orang ingin kepastian akan sikap kejujuran orang lain terhadap dirinya dan orang lain itu dapat ia percaya.

c. Keriangan

Untuk menunjukkan sikap riang, tidak perlu tertawa atau tersenyum terus-menerus. Sikap riang dapat diperlihatkan dengan sikap biasa, tanpa keluhan, tanpa menggerutu, tanpa marah-marah ataupun cacian. Memang mudah untuk memperlihatkan sikap riang apabila keadaan sekitar menyenangkan dan tanpa masalah. Seorang perawat sebaiknya dapat menghadapi situasi yang penuh kesulitan, kekecewaan kepada orang lain. Sedapat mungkin seorang perawat siap senyum, memberi salam dengan ramah dan memiliki sikap umum yang optimis dan percaya diri.

d. Sportif

Berjiwa sportif maksudnya mau mengakui kekurangan diri sendiri bila ternyata ada orang lain yang memang lebih unggul dari pada kita. Seorang perawat perlu memiliki jiwa sportif dalam pelaksanaan tugasnya, berani mengakui kekurangan diri sendiri bila ternyata ada seorang perawat lain yang lebih unggul. Perlu jujur dan tetap berusaha memperbaiki cara-cara perawatan dan dapat mengikuti teknik perawatan yang lain bila ternyata lebih efektif.

e. Rendah hati

Pada umumnya seseorang yang sudah berhasil dalam mencapai cita-citanya jarang membicarakan hasil yang telah dicapainya. Bahkan sering terlihat bahwa orang yang berhasil, malu bila menjadi pusat perhatian orang dan mendapat pujian. Kerendahan hati dalam tingkah laku merupakan kebesaran hati. Seorang perawat harus dapat meninggalkan kesan pada orang lain melalui perbuatan dan tindakannya dan bukan karena ucapan memuji diri.

f. Murah hati

Kemurahan hati tidak perlu dinyatakan dalam pemberian bermacam-macam hadiah, melainkan memberi pertolongan dan bantuan. Tentunya perlu dijaga supaya pasien tidak mengeksportir perawat dengan meminta pertolongan perawat secara berlebihan. Perlu juga diingat kewajiban memberi pertolongan tanpa mengharapkan imbalan dalam bentuk hadiah-hadiah yang muluk-muluk.

g. Keramahan, simpati dan kerjasama

Pada umumnya diharapkan perawat menunjukkan perhatian, minat dan simpati terhadap peristiwa-peristiwa yang dialami pasien, perawatpun sebaiknya bersikap kooperatif yang disertai kejujuran sehingga terjalin kerjasama antara pasien dan perawat. Sikap kooperatif bukan berarti bahwa semua tingkah laku dan perbuatan selalu disetujui. Bahkan mungkin saja minat yang ditunjukkan orang lain, bersifat kurang enak, khususnya bila perbuatan seseorang dikritik dan disalahkan dengan alasan yang tepat.

h. Dapat dipercaya

Seorang dapat merasa santai dengan orang lain, bila ia percaya penuh akan maksud dan itikad baik orang lain. Kita harus dapat dipercaya oleh orang lain dan dapat mempercayai orang lain. Perlu adanya keyakinan dan kepercayaan dari keluarga, supervisor dan teman sekerja. Terutama perlu ada kepercayaan akan diri sendiri, akan ketulusan hati, kejujuran dan itikad untuk berusaha sebaik mungkin.

i. Loyalitas

Seorang teman memang sungguh diperlukan oleh setiap orang. Setiap orang memerlukan seseorang yang dapat dipercaya, diharapkan, dititipkan rahasianya, ambisi, kekecewaannya dan sebaliknya tidak akan mengecewakan kepercayaan pada orang tersebut. Dalam hal ini perlu kepercayaan dan loyalitas secara timbal balik antara perawat dengan pasien.

j. Pandai bergaul

Biasanya seseorang akan disenangi orang lain, apabila orang tersebut pandai bercerita, bercakap dengan menarik dan memiliki

pergaulan yang luas. Tetapi di samping pandai bercerita ia juga harus dapat menjadi seseorang pendengar yang baik supaya disenangi orang lain.

1) Pandai menimbang perasaan

Dalam pergaulan perlu pandai menimbang rasa. Seorang perawat yang pintar dan cekatan dalam perawatan perlu bisa menimbang perasaan orang lain. Disamping kerapian pekerjaan, perlu memikirkan juga bagaimana perasaan orang lain, pasien, teman sekerja, supervisor atau keluarga pasien. Kita harus berusaha sedapat mungkin untuk menjaga supaya ucapan kita tidak menyakiti orang lain atau menimbulkan kejengkelan maupun iri hati.

2) Rasa humor

Setiap orang perlu memiliki rasa humor. Dengan kesanggupan rasa berhumor ini seorang perawat dapat mengurangi ketegangan dalam situasi yang mengganggu. Pasien akan senang bila seorang perawat dapat membawa suasana humor tanpa banyak keramaian.

3) Sopan santun

Seorang perawat dalam tingkah laku dan tata bicara terhadap pasien atau orang lain harus menunjukkan kesopanan. Perlu mengetahui tata krama, memahami nilai-nilai kebudayaan masyarakat sekelilingnya dengan citra yang baik.

Kompetensi interpersonal melalui komunikasi akan berhasil apabila memiliki kecakapan (*skill*) tentang:

a. Kecakapan sosial

Kecakapan ini mengandung beberapa segi kecakapan kognitif pada tingkat kecakapan pemahaman, yaitu:

- 1) Empati, kecakapan untuk memahami pengertian dan perasaan orang lain.
- 2) Perspektif sosial, kecakapan menilai kemungkinan perilaku yang dapat diambil orang yang berkomunikasi dengan dirinya.
- 3) Kepekaan, merupakan sensitivitas terhadap peraturan atau standar yang berlaku dalam komunikasi interpersonal. Dengan kepekaan ini kita dapat menetapkan mana perilaku yang bisa diterima dan tidak.
- 4) Pengetahuan akan situasi pada waktu berkomunikasi
- 5) *Self monitoring*, kecakapan memonitor diri membantu kita dalam menjaga ketepatan perilaku dan jeli memperhatikan pengungkapan diri orang yang berkomunikasi dengan kita. Orang yang memiliki *self monitoring* yang baik mampu menggunakan perilaku sendiri dan perilaku orang lain untuk memilih perilaku dengan tepat.

b. Kecakapan *Behavioral*

Merupakan kecakapan pada tingkat perilaku. Kecakapan ini membantu kita untuk melaksanakan perilaku yang membawa kita mencapai tujuan, baik personal maupun relasional dalam berkomunikasi dengan orang lain. Kecakapan ini meliputi:

- 1) Interaktif, kecakapan ini menentukan tingkat keikutsertaan dan partisipasi kita dalam berkomunikasi dengan orang lain.

- 2) Sikap tanggap, dengan cepat kita dapat membaca dan memahami situasi sosial dan tahu apa yang harus dikatakan berikut dilakukan.
- 3) Sikap perspektif, yaitu kecakapan untuk memahami bagaimana orang yang berkomunikasi dengan kita mengartikan perilaku kita dan tahu bagaimana kita mengartikan perilakunya.
- 4) Sikap penuh perhatian, kecakapan ini membantu kita untuk menyadari faktor-faktor yang menciptakan situasi di mana kita berada.
- 5) Manajemen interaksi, membantu kita mengambil tindakan yang berguna untuk mencapai tujuan komunikasi.
- 6) Keluwesan perilaku, kecakapan ini membantu untuk melaksanakan berbagai kemungkinan perilaku yang diambil untuk mencapai tujuan komunikasi.
- 7) Mendengarkan, kecakapan ini membantu kita untuk dapat mendengarkan orang dalam berkomunikasi dengan kita tidak hanya isi tetapi juga perasaan.
- 8) Gaya sosial, kecakapan ini membantu kita menemukan perilaku menarik dan khas yang dapat diterima oleh orang lain dalam berkomunikasi.
- 9) Kecemasan komunikasi, kecakapan ini dapat mengatasi rasa takut, bingung dan kacau dalam berkomunikasi dengan orang lain.

M. Persepsi Perawat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Keperawatan

Persepsi adalah pengamatan yang merupakan kombinasi penglihatan, penciuman, pendengaran serta pengalaman masa lalu. Persepsi dinyatakan

sebagai proses menafsir realitas dan masing-masing orang memandang realitas dari sudut perspektif yang berbeda.^{xxxv}

Persepsi dapat dipandang sebagai proses seseorang menyeleksi, mengorganisasikan dan menafsirkan informasi untuk membentuk suatu gambaran yang memberi arti.^{xxxvi}

Dengan demikian persepsi merupakan proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi tentang lingkungannya, melalui indera dan tiap-tiap individu dapat memberikan arti yang berbeda. Hal ini dipengaruhi oleh: 1) tingkat pengetahuan, 2) faktor pemersepsi/ pelaku persepsi, 3) faktor objek/ target yang dipersepsikan, dan 4) faktor situasi di mana persepsi itu dilakukan. Sementara faktor pelaku persepsi dipengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti: sikap, motivasi, kepentingan, minat, pengalaman dan pengharapan. Variabel lain yang ikut menentukan persepsi adalah umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup individu.^{xxxvii}

Persepsi setiap orang bersifat subjektif. Begitupun persepsi perawat terhadap aktivitas manajemen keperawatan. Subjektifitas tersebut yang akan mengkategorikan peran dan fungsi pelaksanaan manajemen keperawatan menjadi baik atau buruk berdasar pengalaman kognitif yang diterima. Baik buruknya persepsi tersebut juga merupakan tanggapan yang diberikan perawat sebagai implikasi interaksi pengalaman yang terjadi.

N. Landasan Teori Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat

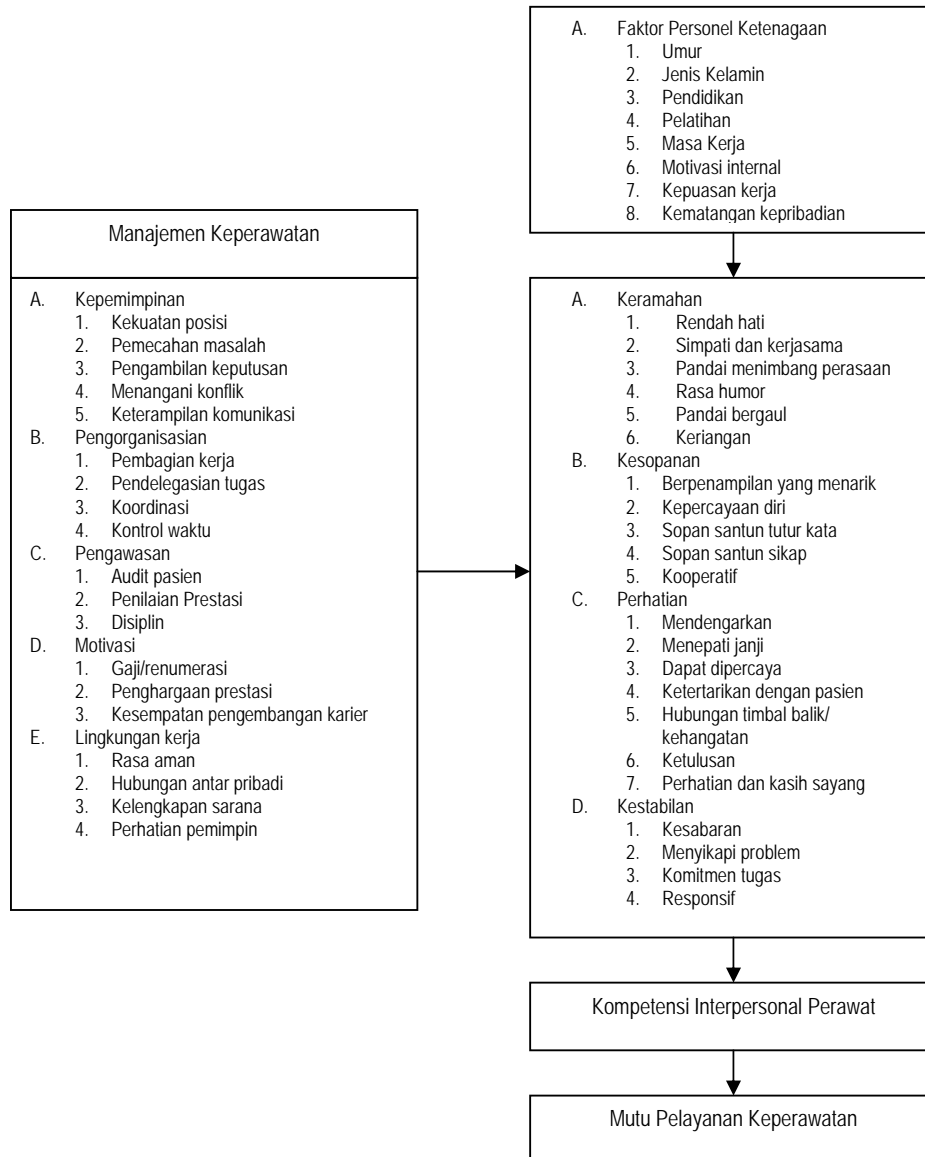
Kompetensi interpersonal perawat dipengaruhi oleh: 1) faktor petugas itu sendiri yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman, masa kerja, pelatihan, motivasi dan pribadi petugas itu sendiri, 2) faktor

lingkungan yang terdiri dari kepemimpinan, pembinaan/ supervisi, koordinasi, peraturan/ kebijakan yang ada, ketersediaan sumber daya (sarana dan prasarana), insentif dan lingkungan kerja.

Manajemen keperawatan merupakan pengelolaan aktivitas keperawatan oleh manajer keperawatan (dalam hal ini manajemen puncak) melalui kegiatan manajerial terhadap perawat pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kepada pasien/ keluarga/ masyarakat secara profesional. Kegiatan manajerial tersebut yaitu: 1) kemampuan kepemimpinan keperawatan, 2) kemampuan pengorganisasian keperawatan, 3) kemampuan pengawasan keperawatan, 4) kemampuan mengelola motivasi kinerja keperawatan, 5) kemampuan membangun lingkungan kerja produktif keperawatan.

Manajemen keperawatan dapat berfungsi sebagai faktor eksternal yang mampu berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat. Dengan kata lain tinggi rendahnya kompetensi interpersonal perawat salah satunya akan ditentukan dari pelaksanaan peran dan fungsi manajemen keperawatan. Untuk mengetahui sejauh mana peran manajemen keperawatan tersebut berfungsi dan aspek-aspek apa saja yang dapat berpengaruh, maka perlu ditanyakan langsung kepada yang menerima (dalam hal ini perawat pelaksana). Untuk itu diperlukan identifikasi dan penilaian oleh perawat terhadap penerapan fungsi manajemen keperawatan melalui persepsi terhadap pengalaman baik buruk yang diterimanya.

O. Kerangka Teori Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat



Gambar 2.3 Kerangka Teori Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat

Sumber Teori:

Gabungan Teori Gillies (1989), Herzberg dalam Robbins (1996) dan Barnes dalam Atmosoeprpto (2002)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini dapat dirinci sebagai berikut:

- a. Kepemimpinan keperawatan
- b. Pengorganisasian keperawatan
- c. Pengawasan keperawatan
- d. Motivasi keperawatan
- e. Lingkungan kerja

2. Variabel terikat

Variabel terikat adalah = Kompetensi interpersonal perawat

B. Hipotesis Penelitian

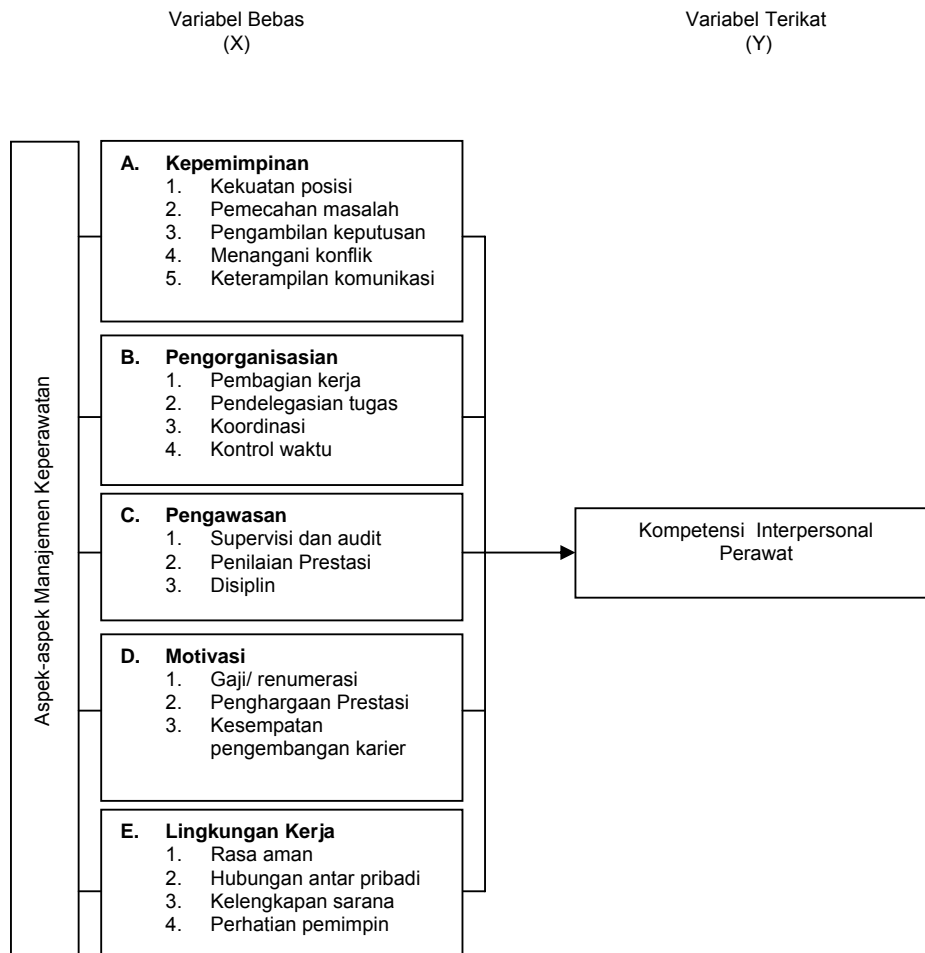
Hipotesis penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan persepsi kepemimpinan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
2. Ada hubungan persepsi pengorganisasian keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
3. Ada hubungan persepsi pengawasan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

4. Ada hubungan persepsi motivasi keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
5. Ada hubungan persepsi kondisi lingkungan kerja dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
6. Ada pengaruh bersama-sama aspek-aspek manajemen keperawatan terhadap kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

C. Kerangka Konsep

Dari kerangka teori manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat maka peneliti memilih aspek-aspek manajemen keperawatan dan kompetensi interpersonal perawat sebagai variabel yang diteliti sebagaimana kerangka konsep penelitian di bawah ini:



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian Aspek-Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat

D. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *non experimental* tergolong dalam penelitian observasional sementara pendekatan rancangannya adalah *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel bebas dan terikat dengan cara observasi dan pengumpulan data sekaligus pada satu waktu tertentu (*Point time approach*).^{xxxviii}

Dalam penelitian ini peneliti akan melakukan survei yang bersifat deskriptif dan analitik untuk mempelajari pengaruh fenomena persepsi perawat tentang pelaksanaan aspek manajemen keperawatan terhadap kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Sebagai unit analisis adalah perawat yang diukur dengan menggunakan dua skala yaitu: 1) skala persepsi manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat, dan 2) skala kompetensi interpersonal perawat. Kemudian data yang diperoleh dari kedua variabel tersebut dianalisis dinamika korelasinya dengan uji *Chi Square* dan uji *Regression Logistic* sehingga akan diketahui seberapa besar kontribusi dari pelaksanaan manajemen keperawatan berpengaruh terhadap derajat tinggi rendahnya kompetensi interpersonal perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

E. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai pemberi pelayanan di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan berjumlah 68 orang.

2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah semua perawat yang melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai pemberi pelayanan di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

Kreteria inklusi pengambilan sampel penelitian:

- a. Bersedia menjadi responden/ *judges* dalam penelitian ini.
- b. Bekerja minimal 2 tahun.
- c. Bertugas di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.
- d. Tugas pokok dan fungsi sebagai perawat pelaksana.

Kriteria eksklusi pengambilan sampel penelitian:

- a. Perawat yang tugas belajar.
- b. Perawat yang menjabat struktural.
- c. Perawat yang sedang cuti.

Berdasarkan populasi terdapat 68 perawat pelaksana dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.1. Rincian Populasi Perawat Pelaksana

No	Ruang	Jumlah Perawat (orang)
1.	Penyakit Dalam	16
2.	ICU	12
3.	Bedah	13
4.	Anak	14
5.	Vip	13
<i>Jumlah</i>		68

Sumber : Bag.Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

Dengan demikian sampel yang memenuhi syarat adalah $N = n = 68$ responden dimana sampel penelitian ini adalah populasi penelitian dan sampel dapat mengalami kriteria inklusi bila membuat pernyataan tidak bersedia sebagai responden/ *judges* penelitian. Adapun alasan pengambilan

sampel sama dengan populasi yaitu: 1) ketersediaan sumber daya perawat yang bertugas di unit rawat inap dan memenuhi syarat inklusi/ eksklusi (terbatas), 2) keseragaman populasi/ homogenitas berdasarkan tugas pokok dan fungsi perawat masih representatif untuk menjadi sampel penelitian, 3) metode analisis memungkinkan jumlah sampel sama dengan populasi.

F. Definisi Operasional Variabel dan Skala Ukur

Kerlinger mengemukakan bahwa definisi operasional adalah spesifikasi kegiatan peneliti dalam mengukur suatu variabel atau memanipulasi dengan cara menetapkan kegiatan atau tindakan yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut, maksudnya adalah peneliti mendeskripsikan variabel penelitian secara spesifik (tidak berinterpretasi ganda), teramati sebagai upaya untuk mengukur variabel tersebut.^{xxxix}

1. Variabel Bebas

Definisi operasional variabel bebas adalah persepsi perawat tentang pelaksanaan manajemen keperawatan, yaitu:

- a. Kepemimpinan keperawatan adalah kemampuan manajer keperawatan untuk mempengaruhi dan mengarahkan tugas perawat dalam memberikan pelayanan ramah tamah, mampu memecahkan masalah pelayanan perawat di ruang perawatan, ketegasan mengambil sikap dan keputusan, mampu meredakan konflik interpersonal antara perawat dan pasien, keterampilan berkomunikasi *persuasive* dengan ramah tamah saat memberikan instruksi/ penjelasan.
- b. Pengorganisasian keperawatan adalah kemampuan manajer keperawatan melakukan efisiensi kinerja pelayanan ramah tamah

(pekerjaan dibagi sehingga perawat memiliki tugas tertentu), ketegasan dalam pendelegasian tugas dan pelimpahan wewenang pengawasan, melakukan koordinasi serta melakukan kontrol terlaksananya pelayanan ramah tamah.

- c. Pengawasan keperawatan adalah kegiatan supervisi dan audit dari manajemen keperawatan terhadap pelaksanaan pelayanan perawat, kemudian adanya penilaian prestasi kinerja pelayanan perawat, kedisiplinan perawat dalam mematuhi standar operasional prosedur pelayanan ramah tamah.
- d. Motivasi keperawatan adalah hal-hal yang mendorong perawat untuk melaksanakan pelayanan yang ramah. Hal tersebut yaitu kelayakan dan ketepatan pembayaran gaji, tunjangan dan jasa pelayanan keperawatan, adanya keinginan bekerja lebih baik dan penghargaan dalam setiap prestasi yang diraih serta dibukanya kesempatan dan dibantu dalam proses pengembangan karier.
- e. Lingkungan kerja keperawatan adalah suasana kerja yang harmonis tidak terjadi konflik hubungan antar pribadi, adanya rasa aman terhadap pekerjaan serta jaminan keamanan dari pihak manajemen, kelengkapan alkes dan sarana penunjang lain dalam pelaksanaan pelayanan, serta adanya perhatian/ *support* manajer di setiap pelaksanaan tugas berupa ucapan-ucapan verbal yang membangun, komunikasi interpersonal hangat.

Sedangkan instrumen penelitian untuk mengungkap variabel-variabel tersebut digunakan skala persepsi aspek manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat. Jenis skala yang digunakan adalah skala Likert. Kerlinger mengemukakan bahwa skala Likert adalah suatu himpunan butir

pertanyaan yang semuanya dipandang kira-kira sama atau serupa dengan “nilai” yang ditentukan, di mana responden menganggap dan menyatakan kesetujuannya dan ketidaksetujuannya sesuai dengan keputusannya.⁴¹

Beberapa alasan peneliti menggunakan skala model Likert dalam mengungkap variabel independent adalah:

- a. Responden adalah manusia yang mampu berfikir dan menafsirkan serta mampu menempatkan kesepakatan terhadap nilai yang dinyatakan, dalam hal ini persepsinya terhadap pelaksanaan manajemen keperawatan.⁴¹
- b. Langkah terbaik untuk mengetahui persepsi responden adalah dengan menanyakan pada responden itu sendiri.^{xi}
- c. Tanggapan individu adalah cerminan dari kondisi yang dialaminya yang dapat dinyatakan dengan kecenderungan menyetujui dan tidak menyetujui.⁴²
- d. Responden sebagai sampel penelitian merupakan sumber data yang paling mengetahui dirinya sendiri atau sesuatu yang ada hubungan dengan dirinya.^{xii}

Penyusunan item skala persepsi aspek manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat digolongkan ke dalam dua bagian yaitu:

- a. *Favorable Item*, isi item pertanyaan atau pernyataan berbentuk positif.
- b. *Unfavorable Item*, isi item pertanyaan atau pernyataan berbentuk negatif.

Tabel 3.2. Blue Print Item-item Skala Persepsi Aspek Manajemen Keperawatan

Kepemimpinan Keperawatan	Item	
	Favorable	Unfavorable
Mempengaruhi dan mengarahkan tugas perawat dalam pelayanan ramah tamah.	1,2,3,6,11	9,12
Memecahkan masalah pelayanan perawat di ruang perawatan.	5,6,8	4,7,9
Ketegasan mengambil sikap dan keputusan.	5,8,10	4
Meredakan konflik interpersonal antara perawat dan pasien.	5,6,	4,7,9
Keterampilan berkomunikasi <i>persuasive</i> dengan ramah tamah.	2,3,11	4,12

Pengorganisasian Keperawatan	Item	
	Favorable	Unfavorable
Melakukan efisiensi kinerja pelayanan ramah tamah.	13,14	15
Ketegasan dalam pendelegasian tugas dan pelimpahan wewenang pengawasan.	18	17
Melakukan koordinasi serta kontrol terlaksananya pelayanan ramah tamah.	16,19	15

Pengawasan Keperawatan	Item	
	Favorable	Unfavorable
Kegiatan supervisi dan audit manajemen keperawatan.	21,22,27	23,24,25
Penilaian prestasi kinerja pelayanan perawat.	29,30,32	20
Kedisiplinan perawat dalam mematuhi standar operasional prosedur.	26	28,31

Motivasi Keperawatan	Item	
	Favorable	Unfavorable
Kelayakan dan ketepatan pembayaran gaji.	44,45	42
Tunjangan dan jasa pelayanan keperawatan.	40	41
Keinginan bekerja lebih baik dan penghargaan prestasi.	33,34,36,38,39	37
Dibuka kesempatan dan dibantu proses pengembangan karier.	35	43

Lingkungan Kerja Keperawatan	Item	
	Favorable	Unfavorable
Suasana kerja harmonis tidak terjadi konflik antar pribadi.	46	47,55
Rasa aman terhadap pekerjaan dan jaminan keamanan dari manajemen.	49	54
Kelengkapan alkes dan sarana penunjang pelaksanaan pelayanan.	48,51	50
<i>Support</i> manajer berupa ucapan membangun dan komunikasi interpersonal hangat.	52,53	56

Sedangkan prosedur penyekoran skala persepsi manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal

perawat dilakukan dengan 4 (empat) rentang penilaian seperti pada tabel di bawah ini.^{xlii}

Tabel 3.3. Prosedur Penskoran Skala Persepsi Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat

Pilihan Jawaban	Nilai Jawaban	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sangat Setuju (SS)	4	1
Setuju (S)	3	2
Tidak Setuju (TS)	2	3
Sangat Tidak Setuju (STS)	1	4

Untuk melakukan analisis dan interpretasi normatif dari *raw score* sebagai status positif - negatif persepsi perawat terhadap pelaksanaan aspek manajemen keperawatan, dilakukan berdasarkan prinsip distribusi data dengan mengelompokkan ke dalam 2 kategori atau dari gambaran univariat variabel berskala interval dibagi menjadi berskala ordinal.⁴³

a. Apabila distribusi data normal akan menggunakan kategori:

$$1. \text{ Baik/ tinggi (persepsi positif)} = x \geq \bar{x}$$

$$2. \text{ Tidak Baik/ rendah (persepsi negatif)} = x < \bar{x}$$

b. Apabila distribusi data tidak normal akan menggunakan kategori:

$$1. \text{ Baik/ tinggi (persepsi positif)} = x \geq Me$$

$$2. \text{ Tidak Baik/ rendah (persepsi negatif)} = x < Me$$

Setelah dilakukan uji normalitas data terhadap variabel kepemimpinan keperawatan, pengorganisasian keperawatan, pengawasan keperawatan, motivasi keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan dengan menggunakan metode Kolmogorove-Smirnov *Test*, maka diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 3.4. Hasil Uji Normalitas Data Variabel Independent
One-Sample Kolmogorove-Smirnov Test

No	Variabel Independen	Kolmogorove-Smirnov	<i>p</i>	Keterangan Distribusi Data
1.	Kepemimpinan Keperawatan	1,428	0,034	Tidak Normal
2.	Pengorganisasian Keperawatan	1,132	0,154	Normal
3.	Pengawasan Keperawatan	1,286	0,073	Normal
4.	Motivasi Keperawatan	1,010	0,260	Normal
5.	Lingkungan Kerja Keperawatan	1,386	0,043	Tidak Normal

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

Dari hasil uji normalitas data tersebut di atas maka ditentukan kategori interpretasi persepsi sebagai berikut.

Tabel 3.5. Kategori Persepsi Data Variabel Independent

No	Variabel Independen	Persepsi	Kategori
1.	Kepemimpinan Keperawatan	Baik	$x \geq 25$
		Tidak Baik	$x < 25$
2.	Pengorganisasian Keperawatan	Baik	$x \geq 16$
		Tidak Baik	$x < 16$
3.	Pengawasan Keperawatan	Baik	$x \geq 23$
		Tidak baik	$x < 23$
4.	Motivasi Keperawatan	Tinggi	$x \geq 20$
		Rendah	$x < 20$
5.	Lingkungan Kerja Keperawatan	Baik	$x \geq 22$
		Tidak Baik	$x < 22$

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

2. Variabel Terikat

Kompetensi interpersonal perawat adalah persepsi kemampuan perawat dalam melakukan aktivitas tindakan interpersonal kepada pasien yang secara nyata dapat diamati dari hasil skala kompetensi interpersonal perawat dimana diukur meliputi: 1) keramahan perawat, 2) kesopanan perawat, 3) perhatian perawat, dan 4) kestabilan perawat.

- a. Keramahan perawat, ini ditunjukkan dengan sikap perawat yang ramah tamah seperti mampu untuk rendah hati, mengalah, menampilkan sikap simpati dan ikut merasakan penderitaan pasien, dapat bekerja sama, pandai membawa dan mengimbangi perasaan

pasien untuk tetap tenang dan nyaman, dapat membangun sikap humor, pandai bergaul dan selalu dalam kondisi keriang.

- b. Kesopanan perawat, ini ditunjukkan dengan sikap santun seperti berpenampilan menarik, percaya diri dalam melaksanakan tugas, sopan dalam tutur kata (tidak menyinggung perasaan) dan sopan dalam sikap (tidak meremehkan) dan selalu mampu membangun sikap kooperatif dengan pasien.
- c. Perhatian perawat, ini ditunjukkan dengan sikap mampu dan bersedia dengan sepenuh hati untuk mendengarkan keluhan pasien, mampu menepati janji kepada pasien, berupaya agar dapat dipercaya pasien, menunjukkan sikap ketertarikan dengan pasien, membangun suasana hangat dan harmonis, tulus melakukan demi kepentingan pasien dan mampu membangun *empathy* kasih sayang dengan pasien.
- d. Kestabilan perawat, ini ditunjukkan dengan sikap perawat untuk mampu berbuat sabar dalam segala keadaan saat memberikan pelayanan, mampu menyingkapi problem dengan tidak terbawa perasaan marah, benci dan kecewa, bersikap komitmen pada tugas pokok dan fungsi, dan responsif dengan wajar terhadap kejadian selama pemberian perawatan.

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengungkap variabel tersebut adalah skala kompetensi interpersonal perawat dengan model skala Likert.

Item dalam skala kompetensi interpersonal perawat digolongkan ke dalam dua bagian yaitu: 1) *Favorable Item*, dan 2) *Unfavorable Item*.

Tabel 3.6. Blue Print Item-item Skala Kompetensi Interpersonal Perawat

Keramahan Perawat	Item	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sikap rendah hati, mengalah, simpati dan ikut merasakan penderitaan pasien, dapat bekerjasama, pandai mengimbangi perasaan pasien untuk tetap tenang dan nyaman, membangun humor, pandai bergaul dan selalu keriang. .	1,2,4,6,7,10	3,5,8,9

Kesopanan Perawat	Item	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sikap santun seperti berpenampilan menarik, percaya diri dalam melaksanakan tugas, sopan dalam tutur kata dan sopan dalam sikap dan selalu kooperatif dengan pasien.	11,12,13,15,16,17	14,18

Perhatian Perawat	Item	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sikap bersedia sepenuh hati mendengarkan keluhan, menepati janji, berupaya agar dipercaya, menunjukkan ketertarikan, membangun suasana harmonis, tulus dan membangun <i>empathy</i> kasih sayang dengan pasien.	19,20,21,23	22,24,25,26

Kestabilan Perawat	Item	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sikap sabar saat memberikan pelayanan, tidak terbawa perasaan marah, benci dan kecewa, komitmen pada tugas pokok dan fungsi, dan responsif dengan wajar terhadap kejadian selama pemberian perawatan.	27,30,34	28,29,31,32,33,35

Sedangkan rentang penilaiannya dilakukan dalam 4 (empat) keputusan penilaian seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.7. Prosedur Penskoran Skala Kompetensi Interpersonal Perawat

Pilihan Jawaban	Nilai Jawaban	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Sangat Setuju (SS)	4	1
Setuju (S)	3	2
Tidak Setuju (TS)	2	3
Sangat Tidak Setuju (STS)	1	4

Analisis dan interpretasi normatif kompetensi interpersonal perawat ditentukan berdasarkan tinggi – rendahnya *raw score* yang digolongkan ke dalam 2 *grade* interpretasi yaitu: grade I (tinggi); grade II (rendah). Hal ini

ditempuh dengan cara membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan ketentuan:

a. Apabila distribusi data normal akan menggunakan kategori:

1. Tinggi $= x \geq \bar{x}$

2. Rendah $= x < \bar{x}$

b. Apabila distribusi data tidak normal akan menggunakan kategori:

1. Tinggi $= x \geq Me$

2. Rendah $= x < Me$

Setelah dilakukan uji normalitas data terhadap variabel kompetensi interpersonal perawat dengan menggunakan metode Kolmogorove-Smirnov *Test*, maka diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 3.8. Hasil Uji Normalitas Data Variabel Dependent
One-Sample Kolmogorove-Smirnov Test

No	Variabel Dependen	<i>Kolmogorove-Smirnov</i>	<i>p</i>	Keterangan Distribusi Data
1.	Kompetensi Interpersonal	2,606	0,001	Tidak Normal

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

Dari hasil uji normalitas data tersebut di atas maka ditentukan kategori interpretasi persepsi sebagai berikut.

Tabel 3.9. Kategori Persepsi Data Variabel Dependent

No	Variabel Dependen	Persepsi	<i>Grade</i>
1.	Kompetensi Interpersonal	Tinggi	$x \geq 68$
		Rendah	$x < 68$

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

G. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Pengumpul Data

Sebagai alat yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini digunakan instrumen yang terdiri dari:

- a. Skala persepsi manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat.
- b. Skala kompetensi interpersonal perawat.

2. Cara Pengumpulan Data

Data pertama yang dikumpulkan dalam penelitian ini termasuk data primer yaitu data persepsi perawat terhadap pelaksanaan manajemen keperawatan dan kompetensi interpersonal perawat. Data primer ini diperoleh langsung dari responden dengan bantuan instrumen skala yang telah dirancang sebelumnya dan sudah melalui uji validitas dan reliabilitas itemnya.^{xliii}

Sedangkan data yang kedua adalah data sekunder. Data skunder diperoleh dari data kepegawaian tentang jumlah ketenagaan, identitas dan masa kerja sebagai pertimbangan informasi dari data primer yang diperoleh.^{xliv}

Secara rinci tahapan pengumpulan data dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Tahap persiapan
 - 1) Melaksanakan administrasi dan izin *try out* skala ukur atau penelitian dengan institusi terkait.
 - 2) Membuat jadwal pelaksanaan *try out* skala ukur dan penelitian.
 - 3) Melakukan *try out* uji validitas dan reliabilitas skala ukur pada 30 orang perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD Ungaran Kabupaten Semarang pada tanggal 16 – 20 Desember 2008.

b. Tahap pelaksanaan

Pada tahap penelitian, pengumpulan data atau pengisian skala ukur oleh responden dilaksanakan oleh peneliti sendiri di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan pada tanggal 22 – 27 Desember 2008.

c. Tahap akhir

Analisis data dilakukan dengan analisis univariat, bivariat dan multivariat dengan bantuan SPSS (*Statistics Program for Social Science*) Versi 13.0. Kemudian data yang diperoleh diinterpretasi secara deskriptif dan ditulis lengkap sebagai materi dalam tesis.

3. Uji Validitas dan Reliabilitas

Pada suatu alat ukur validitas dan reliabilitas merupakan syarat yang harus dipenuhi untuk bisa dikatakan sebagai alat ukur yang baik, di samping itu alat ukur yang sesuai adalah alat ukur yang mampu memberikan informasi seperti apa yang diharapkan sehingga tingginya suatu alat ukur dapat dilihat dari nilai validitas dan reliabilitasnya.^{xlv}

a. Uji validitas

Uji validitas dimaksudkan untuk menentukan seberapa mampu alat ukur yang dibuat dapat mengukur apa yang dikehendaki atau mampu mengukur apa yang ingin diukur. Arikunto mengemukakan dengan uji validitas maka ada jaminan kualitas terhadap kesahihan instrumen pengumpul data mampu mengukur secara cermat dari variabel yang diteliti. Oleh karena itu tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data dari variabel menyimpang dari gambaran tentang variabel yang dimaksud.^{xlvi}

Pengukuran tingkat validitas skala ukur dalam penelitian ini dilakukan dengan cara mengkorelasikan antara skor butir pertanyaan

dengan skor total konstruk atau variabel. Hipotesis yang digunakan untuk korelasi masing-masing skor pertanyaan dengan skor total yaitu:

Ho : Skor butir pertanyaan berkorelasi positif dengan skor total konstruk

Ha : Skor butir pertanyaan tidak berkorelasi positif dengan skor total konstruk

Uji signifikansi dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung dengan nilai r tabel untuk derajat kebebasan $(df) = n - k$ dalam hal ini n adalah jumlah sampel dan k adalah jumlah konstruk. Jika r hitung (r butir dilihat pada kolom *Corrected Item – Total Correlation* lebih besar r tabel dan nilai r positif pada hasil perhitungan), maka butir atau pertanyaan skala tersebut dikatakan valid atau nilai *Corrected Item – Total Correlation* lebih besar dari 0,41.^{50,xlvii} Namun di dalam penelitian ini di ambil nilai *Corrected Item – Total Correlation* lebih dari 0,50 untuk menemukan item-item yang sangat valid dengan nilai r yang tinggi dengan alasan bahwa item skala yang diuji cukup banyak.

Sedangkan teknik korelasi yang dipakai untuk menguji validitas skala adalah korelasi *product moment* yang prosedurnya diambil dari rumus yang ditemukan oleh Karl Person.

Rumus:

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(n \sum x^2 - (\sum x)^2)(n \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

Keterangan:

r_{xy} : Koefesien korelasi *product moment*

n : Jumlah responden

x : Jumlah nilai tiap item

y : Jumlah nilai total item

xy : Perkalian antara skor item dan skor total

x^2 : Jumlah skor kuadrat skor item

y^2 : Jumlah skor kuadrat skor total item

Uji validitas skala dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan komputer program operasi Windows Xp dengan program analisis validitas butir seri program SPSS (*Statistics Program for Social Science*) Versi 13.0.^{50,51}

Hasil analisis validitas pada skala persepsi manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat memperlihatkan bahwa dari total 56 item, 35 item yang dinyatakan valid sebagaimana dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.10. Distribusi Item Valid dan Item Tidak Valid
Skala Persepsi Manajemen Keperawatan

Variabel Idependent	Item Valid	<i>Index Validitas</i>	Item Tidak Valid
Kepemimpinan Keperawatan	2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11	0,601-0,793	1, 4, 8, 12
Pengorganisasian Keperawatan	13, 14, 16, 18, 19	0,644-0,785	15, 17
Pengawasan Keperawatan	23, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 32	0,634-0,803	20, 21, 22, 25, 30
Motivasi Keperawatan	35, 36, 39, 41, 42, 43, 45	0,657-0,859	40, 33, 34, 37, 38, 44
Lingkungan Kerja Keperawatan	46, 49, 51, 52, 53, 55, 56	0,659-0,753	47, 48, 50, 54
Jumlah	35	-	21

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

Sedangkan hasil uji validitas pada skala kompetensi interpersonal diketahui bahwa dari total 35 item, 23 item yang dinyatakan valid. Adapun distribusi item yang valid tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.11. Distribusi Item Valid dan Item Tidak Valid Skala Kompetensi Interpersonal

Faktor	Item Valid	<i>Index Validitas</i>	Item Tidak Valid
Keramahan Perawat	1, 4, 5, 7, 8, 9, 10	0,614-0,890	2, 3, 6
Kesopanan Perawat	11, 13, 14, 17, 18	0,689-0,733	12, 15, 16
Perhatian Perawat	20, 21, 23, 24, 25	0,717-0,853	19, 22, 26
Kestabilan Perawat	27, 28, 29, 32, 34, 35	0,683-0,939	30, 31, 33
Jumlah	23	-	12

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas alat ukur adalah merujuk pada satu pengertian bahwa suatu instrumen yang dibuat andal dalam kaitan dengan stabilitas, keterpercayaan, dan keteramalan untuk digunakan sebagai alat pengumpul data oleh karena instrumen tersebut baik. Sehingga instrumen yang baik tidak bersifat tendensious mengarahkan responden untuk memilih jawaban-jawaban tertentu melainkan mampu mengungkap dengan ajeg.⁴⁹

Dalam penelitian ini uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap skala yang diberikan meski dari waktu ke waktu. Analisis uji reliabilitas dilakukan dengan cara *one shot* atau pengukuran sekali saja kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar pertanyaan. Teknik yang

digunakan adalah uji reliabilitas *Alfa Formula Umum* dengan rumus sebagai berikut.⁴⁹

Rumus:

$$r_{\alpha} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum sj^2}{sx^2} \right]$$

Keterangan:

r_{α} : Koefisien reliabilitas

k : Banyaknya faktor

sj^2 : Skor korelasi masing faktor

sx^2 : Skor total

Program komputer telah menyediakan fasilitas uji reliabilitas dengan uji statistik formula alfa atau *alfa cronbach*. Suatu konstruk atau variabel dapat dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha* > 0,60. Ini bisa dilakukan dengan *software* program analisis reliabilitas butir seri program SPSS Versi 13.0. di mana butir-butir yang diikutsertakan dalam analisis reliabilitas hanyalah butir-butir yang valid saja.^{50,51}

Berdasarkan hasil uji reliabilitas skala persepsi manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat, maka dapat diketahui koefisien reliabilitas masing-masing variabel bebas pada tabel berikut.

Tabel 3.12. Rangkuman Perhitungan Reliabilitas
Skala Persepsi Manajemen Keperawatan

Variabel Idependent	α	Keterangan
Kepemimpinan Keperawatan	0,893	Reliabel
Pengorganisasian Keperawatan	0,886	Reliabel
Pengawasan Keperawatan	0,911	Reliabel
Motivasi Keperawatan	0,928	Reliabel
Lingkungan Kerja Keperawatan	0,894	Reliabel

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

Hasil reliabilitas skala kompetensi interpersonal ditentukan berdasar uji kekuatan hubungan antar faktor komponen kompetensi interpersonal (keramahan perawat, kesopanan perawat, perhatian perawat dan kestabilan perawat) ditemukan $r = 0,367 - 0,953$ dimana $r > r$ tabel. Sedangkan koefisien reliabilitas masing-masing faktor kompetensi interpersonal bergerak dari $0,912 - 0,973$ dengan keputusan $r > 0,60$. Adapun distribusinya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.13. Rangkuman Perhitungan Reliabilitas
Skala Kompetensi Interpersonal

Faktor	α	Keterangan
Keramahan Perawat	0,912	Reliabel
Kesopanan Perawat	0,973	Reliabel
Perhatian Perawat	0,913	Reliabel
Kestabilan Perawat	0,937	Reliabel

Sumber : Hasil *processing data* dengan SPSS yang diolah

Dengan demikian skala persepsi manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap kompetensi interpersonal perawat dan skala kompetensi interpersonal memenuhi prasyarat validitas dan reliabilitas alat ukur sehingga keduanya dapat digunakan di dalam penelitian ini.

H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Pelaksanaan pengolahan data bertujuan untuk menghasilkan informasi yang benar dan sesuai dengan tujuan penelitian. Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan penatalaksanaan sebagai berikut:

a. *Editing data*

Dalam melakukan editing data langkah yang dilakukan adalah menata dan menyusun semua lembar jawaban skala yang terkumpul berdasarkan nomor urut skala yang telah ditentukan. Kemudian memeriksa kembali hasil jawaban responden/ *judges* satu-persatu dengan maksud untuk memastikan bahwa jawaban atau pertimbangan yang diberikan sesuai dengan perintah dan petunjuk pelaksanaan. Jawaban skala yang telah memenuhi persyaratan dipersiapkan untuk dilakukan pemrosesan data pada langkah berikutnya sementara data yang tidak memenuhi persyaratan dimusnahkan untuk kerahasiaan.

b. *Coding data*

Pengkodingan data dilakukan dengan maksud untuk memudahkan proses pengolahan data. Pengkodingan ini adalah pemberian tanda atau kode terhadap jawaban dan keputusan dari skala yang telah diberikan.

c. *Processing data*

Pemrosesan data atau pengolahan data pada penelitian ini dimulai dengan *tabulating score* atau melakukan *entry* data kasar dalam bentuk tabulasi pada lembar kertas data. Tujuannya adalah memastikan kesiapan data dengan tepat sebelum di *entry* pada *software* program statistik. Kemudian langkah selanjutnya adalah *entry* data ke dalam program SPSS Versi 13.0.

d. *Cleaning data*

Dalam *finishing entry* dilakukan pengecekan kembali data yang sudah di – *entry* pada program SPSS dengan maksud untuk mengevaluasi apakah masih ada kesalahan atau tidak. Hal ini biasanya terlihat pada: 1) *missing data* atau data yang terlewat, 2) variasi data (kesalahan pengetikan), 3) konsistensi data yaitu kesesuaian data dengan *tabulating score*.

2. Analisis data

Pada penelitian ini analisis data yang dilakukan adalah analisis kuantitatif. Analisis ini dimaksudkan untuk mengolah dan mengorganisasikan data sebagai langkah untuk menemukan hasil yang dapat dibaca dan dapat diinterpretasikan. Analisis kuantitatif tersebut dilakukan dengan metode tertentu. Namun pada penelitian ini analisis dilaksanakan secara bertahap.

a. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan pada setiap variabel yang terdapat pada instrumen penelitian. Pada instrumen skala persepsi aspek manajemen keperawatan yang berpengaruh terhadap tingkat kompetensi interpersonal perawat dilakukan analisis pada variabel-variabel yaitu: 1) aspek kepemimpinan keperawatan, 2) aspek pengorganisasian keperawatan; 3) aspek pengawasan keperawatan, 4) aspek fungsi motivasi, 5) aspek lingkungan kerja. Sedangkan pada instrumen skala kompetensi interpersonal perawat dilakukan analisis pada faktor-faktor kompetensi interpersonal yaitu: 1) keramahan perawat, 2) kesopanan perawat, 3) perhatian perawat, dan 4) kestabilan emosi perawat. Analisis ini berupa analisis distribusi frekuensi seperti: analisis tendensi sentral, analisis rerata, analisis proporsi persentase serta pembahasan tentang gambaran variabel yang diamati.

Analisis univariat juga dilakukan dengan maksud sebagai berikut:

- 1) Untuk mengetahui kesiapan data jika dilakukan analisis tahap selanjutnya. Dalam hal ini data harus bebas dari kesalahan dan memenuhi persyaratan normalitas data dan bebas dari nilai ekstrim.^{xlviii}
- 2) Untuk mendiskripsikan fenomena yang terjadi dengan cara melihat distribusi frekuensi dan tabulasi silang dari data yang telah diambil.⁵²

b. Analisis bivariat

Analisis ini dilakukan pada dua variabel dengan tujuan untuk mencari kebermaknaan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis hubungan kebermaknaan dilakukan dengan metode statistik Uji *Chi-Square* apabila data berdistribusi tidak normal dan menggunakan korelasi *Pearson-Correlation* jika data berdistribusi normal.²⁵ Pada penelitian ini uji kebermaknaan menggunakan Uji *Chi-Square* sebab kedua variabel baik variabel bebas dan variabel terikat berdistribusi data tidak normal. Selanjutnya disajikan data dalam bentuk tabulasi yang meliputi baris dan kolom yang datanya berskala nominal atau kategori (*Crosstab*). Variabel-variabel yang memunculkan hubungan bermakna *Chi-Square* (χ^2) nilai $p < 0,05$ akan diteruskan ke dalam analisis multivariat, sementara variabel yang memunculkan hubungan tidak bermakna tidak digunakan untuk dilanjutkan pada analisis multivariat.

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui besaran pengaruh pada masing-masing variabel bebas (lebih dari dua variabel) secara bersamaan terhadap variabel terikat serta mencari

manakah variabel bebas yang paling berpengaruh terhadap variabel terikat.^{xlix}

Untuk melihat pengaruh bersama-sama aspek-aspek manajemen keperawatan terhadap tingkat kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan, digunakan analisis dengan pertimbangan yaitu: 1) apabila data berdistribusi normal maka menggunakan metode *Linier Regression*, dan 2) apabila data tidak berdistribusi normal maka menggunakan metode *Regression Logistic*. Disini akan diuji apakah probabilitas terjadinya variabel terikat dapat diprediksi dengan variabel bebasnya sehingga munculnya skor koefisien regresi yang menginterpretasikan besaran faktor yang berpengaruh secara signifikan. Karena data penelitian ini berdistribusi tidak normal maka analisis multivariat menggunakan metode *Regression Logistic*, sementara untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel digunakan analisis Exponent (β).^l Persamaan regresi logistik yang dilakukan adalah sebagai berikut.

$$P(\text{Prob Event}) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

$$Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

$$Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

Keterangan:

$$\text{Exp}(\beta) = \text{OR/RR}$$

$$X_i = \text{Variabel Independen} = \text{rasio, interval, ordinal, nominal}$$

$$P(\text{Event}) = \text{Variabel Dependen} = \text{nominal}$$

Langkah – langkah dalam melaksanakan analisis regresi logistik sebagai berikut :

- 1) Menentukan variable bebas yang mempunyai nilai $p \leq 0,05$ dalam hubungan dengan variable terikat yaitu dengan uji *Chi Square*.
- 2) Variabel bebas yang masuk dalam kriteria nomor 1 diatas kemudian dimasukkan ke dalam model regresi logistic bivariat untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh masing – masing variable terhadap variable terikat. Untuk variable bebas yang mempunyai nilai $p \leq 0,05$ masuk dalam langkah nomor 3.
- 3) Variabel bebas yang masuk dalam kriteria 2 diatas kemudian dimasukkan ke dalam model regresi logistic multivariat untuk mengetahui pengaruh bersama – sama antar variabel bebas dan variabel terikat dengan metode enter.
- 4) Didalam penentuan model yang cocok dilakukan dengan melihat nilai dari Wald Statistik untuk masing – masing variabel bebas dengan batas nilai $p \leq 0,05$. Namun untuk variabel bebas yang tidak cocok ($p > 0,05$) dengan $Exp(\beta) \geq 2$.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Karakteristik Perawat

Dalam penelitian ini yang menjadi responden adalah perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan berjumlah 68 orang dengan latar belakang pendidikan DIII Keperawatan. Pendidikan merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi kemampuan *interpersonalship* perawat. Sebab keberhasilan menjalin komunikasi dipengaruhi kekayaan pengetahuan dari pihak komunikator. Semakin dalam komunikator menguasai masalah akan semakin dalam memberikan uraian-uraian^{li}. Perawat dengan pendidikan tinggi diharapkan mampu melakukan *interpersonalship* dengan baik.

Distribusi karakteristik perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1. Distribusi Karakteristik Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Karakteristik	<i>f</i>	%
1	Jenis kelamin		
	Pria	21	30,9 %
	Wanita	47	69,1 %
2	Umur		
	Tua	38	55,9 %
	Muda	30	44,1 %
3	Masa Kerja		
	Lama ($\geq 7,3$ th)	35	51,5 %
	Baru ($< 7,3$ th)	33	48,5 %

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan (30,9%) berjenis kelamin pria dan (69,1%) berjenis kelamin wanita. Jika diamati dari persentase tersebut maka perawat pelaksana wanita lebih besar jumlahnya dibanding

perawat pelaksana pria dengan selisih (32,2%). Jenis kelamin merupakan karakteristik yang juga mempengaruhi *interpersonalship*. Ada perbedaan penggunaan *mikro skill* teknik komunikasi terapeutik antara pria dan wanita saat melakukan hubungan interpersonal. Perbedaan tersebut menonjol pada penggunaan *acceptences* (penerimaan tanpa syarat) di mana laki-laki lebih banyak menggunakan kemampuan kognitif (rasionalisasi) sedangkan wanita lebih banyak menggunakan kemampuan afektif (perasaan).^{lii,liii}

Pada tabel tersebut juga menunjukkan bahwa penggolongan perawat pelaksana berdasarkan umur di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan dimana (55,9%) berkategori dewasa/ tua dan (44,1%) berkategori muda/ remaja. Komposisi perawat menurut umur (dewasa/ tua) yang lebih besar diharapkan menjadi *modeling* bagi komposisi perawat muda/ remaja sebab akan membantu dalam mencapai kematangan. Hal ini dijelaskan bahwa kemampuan *interpersonalship* seseorang dipengaruhi karakteristik kepribadiannya (*personality*), sementara kematangan kepribadian (*maturity of personality*) ditentukan oleh umurnya (*cronological age*), sehingga semakin bertambah umur seseorang maka orang tersebut akan semakin tumbuh-kembang dan matang.^{33,liv}

Lama kerja perawat berkisar antara 3 tahun sampai dengan 18 tahun, dengan rata-rata lama kerja (*mean*) adalah 7,3 tahun, lama kerja dikelompokkan ke dalam 2 kategori yaitu lama dan baru. Pada tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa lama kerja perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan yang masuk kategori karyawan lama adalah (51,5%) dan karyawan baru (48,5%). Perawat yang mempunyai masa kerja yang lama akan lebih berpengalaman dalam pekerjaan sehingga mereka mampu melakukan *interpersonalship* dengan baik kepada pasien.

B. Deskripsi Kompetensi Interpersonal

Gambaran kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD

BrigJend H. Hassan Basri Kandungan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2. Distribusi Jawaban Perawat Di Unit Rawat Inap Tentang Kompetensi Interpersonal

No	Kompetensi Interpersonal	F/ UF	STS	TS	S	SS	Total
1	Mengucapkan salam dengan ramah kepada pasien menjadi hal penting bagi saya.	F	0 0%	1 1,5%	39 57,4%	28 41,2%	68 100%
2	Saya berusaha menanyakan keluhan pasien dengan ramah.	F	1 1,5%	2 2,9%	46 67,6%	19 27,9%	68 100%
3	Mendengarkan keluhan pasien adalah hal yang saya benci.	UF	16 23,5%	48 70,6%	3 4,4%	1 1,5%	68 100%
4	Saya memperhatikan keluhan pasien sambil menatap matanya dan mengganggu kepala.	F	0 0%	1 1,5%	59 86,8%	8 11,8%	68 100%
5	Saya tidak peduli perasaan pasien saat saya memberikan pelayanan perawatan.	UF	27 39,7%	39 57,4%	2 2,9%	0 0%	68 100%
6	Saya tidak sungguh-sungguh berbuat ramah hanya untuk formalitas saja.	UF	25 36,8%	41 60,3%	1 1,5%	1 1,5%	68 100%
7	Saya berusaha membangun sikap humor bila suasana komunikasi menjadi tegang.	F	0 0%	9 13,2%	51 75,0%	8 11,8%	68 100%
8	Dalam memberikan pelayanan, kebersihan dan kerapian penampilan sangat saya utamakan.	F	0 0%	5 7,4%	43 63,2%	20 29,4%	68 100%
9	Saat berbicara kepada pasien, perawat sewajarnya berbicara dengan kata-kata yang pantas dan ramah.	F	0 0%	0 0%	48 70,6%	20 29,4%	68 100%
10	Saya sering lupa minta ijin terlebih dahulu saat melakukan pemeriksaan.	UF	10 14,7%	45 66,2%	11 16,2%	2 2,9%	68 100%
11	Saat berkomunikasi saya selalu menjunjung tinggi kehormatan pasien.	F	1 1,5%	1 1,5%	53 77,9%	13 19,1%	68 100%
12	Rasanya sulit bagi saya untuk membangun sikap kerjasama yang ramah dengan pasien.	UF	16 23,5%	49 72,1%	3 4,4%	0 0%	68 100%
13	Saya sadar mendengarkan keluhan pasien dengan sikap memperhatikan adalah penting.	F	1 1,5%	1 1,5%	50 73,5%	16 23,5%	68 100%
14	Saya memprioritaskan panggilan pasien meski melakukan tugas tambahan di ruangan.	F	2 2,9%	2 2,9%	53 77,9%	11 16,2%	68 100%
15	Apabila sudah berjanji dengan pasien, saya akan menepatinya.	F	2 2,9%	3 4,4%	56 82,4%	7 10,3%	68 100%
16	Saya rasa sulit menata sikap agar dapat dipercaya pasien.	UF	2 2,9%	47 69,1%	19 27,9%	0 0%	68 100%
17	Saya biasa menunda lebih lambat jika mendapat panggilan pasien.	UF	13 19,1%	49 72,1%	4 5,9%	2 2,9%	68 100%
18	Bagi saya perkataan yang kasar pasien sikap yang biasa.	F	19 27,9%	28 41,2%	21 30,9%	0 0%	68 100%
19	Saya tergolong sensitif dan mudah terbawa perasaan marah oleh sebab sikap pasien dan keluarga yang menjengkelkan.	UF	3 4,4%	44 64,7%	21 30,9%	0 0%	68 100%
20	Saya rasa sulit untuk bersikap sabar.	UF	7 10,3%	50 73,5%	11 16,2%	0 0%	68 100%
21	Sikap pasien membuat saya stress.	UF	5 7,4%	49 72,1%	14 20,6%	0 0%	68 100%
22	Jika saya marah itu adalah hal yang manusiawi.	F	1 1,5%	10 14,7%	50 73,5%	7 10,3%	68 100%
23	Jika pasien buntu untuk mengerti penjelasan saya, maka saya akan pergi.	UF	3 4,4%	40 58,8%	24 35,3%	1 1,5%	68 100%

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju
TS : Tidak Setuju
S : Setuju
SS : Sangat Setuju

F : *Favorable*
UF : *Unfavorable*
% : *Persentase*

Pada tabel 4.2 di atas dapat diketahui kompilasi jawaban yang diberikan oleh perawat pada item no.1 sampai item no.7 menunjukkan kesetujuan terhadap pentingnya keramahan dalam pelayanan keperawatan. Persentase kesetujuan terdapat pada item *favorable* maupun *unfavorable* berkisar dari yang terendah (57,4%) sampai tertinggi (86,8%) mereka mempersepsikan sikap rendah hati, simpati, humor dan ikut merasakan penderitaan pasien, diperlukan dalam pelayanan keperawatan.

Pada tabel 4.2 di atas juga dapat diketahui (63,2%) perawat mengutamakan kebersihan dan kerapian penampilan, (70,6%) perawat berbicara kepada pasien dengan kata-kata yang pantas/ ramah dan (77,9%) perawat menjunjung tinggi kehormatan pasien saat berkomunikasi. Beberapa persentase yang diambil dari item no.8 sampai item no.12 tersebut menunjukkan kesopanan dalam pelayanan keperawatan. Mereka mempersepsikan sikap santun seperti berpenampilan menarik, sopan dalam tutur kata, sopan dalam sikap dan kooperatif diperlukan dalam perawatan pasien.

Kemudian kompilasi jawaban yang diberikan oleh perawat pada item no.13 sampai item no.17 sebagian besar menunjukkan kesetujuan terhadap perhatian dalam pelayanan keperawatan. Persentase kesetujuan berkisar dari yang terendah (69,1%) sampai tertinggi (82,4%) mereka mempersepsikan sikap bersedia mendengar keluhan, menepati janji, ketertarikan dan membangun hubungan yang harmonis penting diterapkan saat merawat pasien.

Distribusi jawaban persepsi perawat tentang kestabilan sebagian besar menyetujui bahwa sikap sabar, tidak terbawa perasaan marah, benci dan kecewa suatu keharusan dalam pelayanan keperawatan. Hal ini dijabarkan melalui beberapa persentase yang diambil dari item no.18 sampai

item no.23 dimana (64,7%) perawat tidak tergolong sensitif dan mudah terbawa perasaan marah, (73,5%) perawat tidak sulit untuk bersikap sabar dan (72,1%) perawat tidak setuju bila sikap pasien membuat mereka stress.

Namun demikian ada banyak pula jawaban perawat yang justru perlu diperhatikan sebab persentasenya cukup besar dan bermakna terhadap kompetensi interpersonal. (13,2%) perawat tidak setuju membangun sikap humor bila suasana komunikasi menjadi tegang, (16,2%) perawat lupa minta ijin lebih dulu saat melakukan pemeriksaan, (16,2%) perawat sulit bersikap sabar, (20,6%) sikap pasien membuat perawat stress, (27,9%) perawat kesulitan menata sikap agar dipercaya pasien, (30,9%) perawat mudah marah jika pasien dan keluarganya menjengkelkan, (35,5%) perawat meninggalkan pasien jika tidak mengerti penjelasan yang diberikan dan (41,2%) perawat menganggap serius jika pasien berkata kasar.

Beberapa persentase pengecualian di atas memiliki konsistensi dengan gejala latar belakang, (18,18%) penduduk beranggapan perawat tidak sabaran dan (45%) penduduk mengeluh terhadap kompetensi interpersonal perawat. Ini perlu tanggapan manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan sebab ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan dapat bermula dari kesalahan sikap dan ketidakramahan petugas, sementara ketidakpuasan tersebut memungkinkan larinya pasien kepada institusi pelayanan kesehatan lainnya yang dapat memberikan kepuasan.^{lv}

Nilai kompetensi interpersonal perawat berkisar antara 62 sampai dengan 63 dengan nilai rata-rata (*median*) adalah 68,00. Kompetensi interpersonal perawat di kategorikan menjadi dua yaitu kompetensi interpersonal tinggi dan kompetensi interpersonal rendah yang dijabarkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Kompetensi Interpersonal Perawat Di Unit Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Kompetensi Interpersonal	<i>f</i>	%
1	Tinggi ($\geq 68,00$)	21	30,9
2	Rendah ($< 68,00$)	47	69,1
	Jumlah	68	100

Pada tabel 4.3 dapat diketahui perawat yang memiliki kompetensi interpersonal tinggi sebesar (30,9%) sedangkan perawat yang memiliki kompetensi interpersonal rendah sebesar (69,1%). Dari hasil ini perawat yang memiliki kompetensi interpersonal rendah di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan mencapai dua kali lebih banyak dibanding perawat yang memiliki kompetensi interpersonal tinggi atau dengan rasio (1 : 2).

Hal ini dapat dijelaskan kecenderungan jawaban yang diberikan perawat lebih banyak pada *unfavorabel* meskipun persentasenya sebagian besar didominasi *favorable* namun tetap mempengaruhi posisi median yang cenderung *unfavorable* pada data tidak berdistribusi normal.

Secara teori, kompetensi interpersonal rendah terjadi sebagai implikasi dari kegagalan membangun hubungan komunikasi yang dipengaruhi faktor-faktor seperti: 1) adanya perbedaan persepsi perawat dengan pasien, 2) terlalu cepat menyimpulkan pendapat pasien, 3) adanya pandangan *stereotipe*, 4) kurangnya pengetahuan perawat, 5) kurangnya minat perawat, 6) sulit mengekspresikan diri, 7) emosi yang impulsif dan 8) adanya tipe kepribadian tertentu.^[vi]

C. Deskripsi Manajemen Keperawatan

1. Kepemimpinan Keperawatan

Gambaran kepemimpinan keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan

Basri Kandungan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.4. Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Kepemimpinan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan

No	Kepemimpinan Keperawatan	F/ UF	STS	TS	S	SS	Total
1	Arahan yang diberikan manajer keperawatan bermanfaat untuk memberi pelayanan yang ramah.	F	1 1,5%	5 7,4%	51 75,0%	11 16,2%	68 100%
2	Instruksi yang jelas dan ramah berpengaruh pada rasa percaya diri dalam bekerja.	F	0 0%	3 4,4%	38 55,9%	27 39,7%	68 100%
3	Manajer keperawatan melibatkan perawat dalam pengambilan keputusan menyangkut kepentingan pasien.	F	3 4,4%	5 7,4%	32 47,1%	28 41,2%	68 100%
4	Manajer keperawatan memberi umpan balik dalam pelaksanaan pelayanan ramah tamah.	F	0 0%	12 17,6%	44 64,7%	12 17,6%	68 100%
5	Informasi penting tentang keluhan pasien terhadap pelayanan perawat jarang kami ketahui.	UF	14 20,6%	39 57,4%	11 16,2%	4 5,9%	68 100%
6	Kami merasa tidak mendapat bimbingan dengan benar.	UF	4 5,9%	32 47,1%	25 36,8%	7 10,3%	68 100%
7	Sikap tegas manajer keperawatan mendorong kami bekerja untuk memberikan yang terbaik pada pasien.	F	2 2,9%	6 8,8%	48 70,6%	12 17,6%	68 100%
8	Ada peringatan dan arahan jika perawat tidak ramah	F	0 0%	11 16,2%	43 63,2%	14 20,6%	68 100%

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju	F : <i>Favorable</i>
TS : Tidak Setuju	UF : <i>Unfavorable</i>
S : Setuju	% : Persentase
SS : Sangat Setuju	

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat diketahui distribusi jawaban perawat sebagian besar menyetujui (75,0%) arahan manajer bermanfaat untuk melaksanakan pelayanan yang ramah, (47,1%) manajer keperawatan melibatkan perawat dalam mengambil keputusan menyangkut kepentingan pasien, (55,9%) instruksi manajer yang jelas dan ramah meningkatkan rasa percaya diri dan (70,6%) ketegasan manajer mendorong memberikan pelayanan terbaik.

Kemudian ada beberapa jawaban perawat yang perlu mendapat perhatian tentang kepemimpinan keperawatan yaitu (16,2%) menyatakan

tidak mengetahui informasi keluhan pasien, (16,2%) tidak ada peringatan/ arahan jika perawat bersikap tidak ramah, (17,6%) manajer keperawatan tidak memberi umpan balik terhadap pelayanan keperawatan dan (36,8%) menyatakan tidak mendapat bimbingan dari manajer keperawatan.

Fungsi kepemimpinan keperawatan di rumah sakit merupakan fungsi penting pelayanan keperawatan. Kepemimpinan keperawatan dapat optimal apabila pemimpin perawat mampu memperlihatkan keterampilan menghadapi orang lain melalui komunikasi. Pemimpin yang memahami secara mendalam dan spesifik bawahannya akan mampu menciptakan dan memodifikasi materi komunikasi sehingga tepat sasaran. Komunikasi yang dilakukan tidak menimbulkan ancaman atau ketidaknyamanan pihak lain sehingga menghasilkan sesuatu yang positif atau penyelesaian masalah yang efektif.²⁰.

Nilai persepsi kepemimpinan keperawatan berkisar antara 16 sampai dengan 30 dengan rata-rata (*median*) adalah 25,00. Persepsi kepemimpinan keperawatan digolongkan ke dalam dua kategori yaitu kepemimpinan keperawatan baik dan kepemimpinan keperawatan tidak baik. Distribusi frekuensi terhadap persepsi kepemimpinan keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Kepemimpinan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Persepsi kepemimpinan	<i>f</i>	%
1	Baik ($\geq 25,00$)	47	69,1
2	Tidak Baik ($< 25,00$)	21	30,9
	Jumlah	68	100

Pada tabel 4.5 dapat diketahui perawat yang mempersepsikan kepemimpinan keperawatan baik sebesar (69,1%) dan perawat yang mempersepsikan kepemimpinan keperawatan tidak baik sebesar (30,9%). Dengan demikian perawat dengan kepemimpinan keperawatan baik lebih

banyak dibanding dengan perawat dengan kepemimpinan keperawatan tidak baik. Ini berarti banyak perawat menyadari pimpinan sebagai *leader* memegang peranan penting keberhasilan proses pelayanan keperawatan di unit rawat inap.

2. Pengorganisasian Keperawatan

Gambaran pengorganisasian keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan

Basri Kandungan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.6. Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengorganisasian Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan

No	Pengorganisasian Keperawatan	F/ UF	STS	TS	S	SS	Total
1	Adanya rincian tugas yang jelas dan tertulis berguna untuk pemberian pelayanan yang ramah.	F	0 0%	5 7,4%	40 58,8%	23 33,8%	68 100%
2	Adanya aturan tenaga keperawatan di ruang rawat (seperti membuat roster dinas, jadwal pekarya dll) memperjelas tugas pokok dan tambahan dalam memberikan pelayanan yang ramah.	F	0 0%	1 1,5%	42 61,8%	25 36,8%	68 100%
3	Adanya koordinasi dengan ruang rawat lain mendukung kinerja lebih efektif.	F	0 0%	2 2,9%	41 60,3%	25 36,8%	68 100%
4	Ada pendelegasian tugas manajer keperawatan jika tidak berada di tempat.	F	0 0%	9 13,2%	52 76,5%	7 10,3%	68 100%
5	Kolaborasi dengan tenaga/ tim lain di ruang rawat inap membuat lebih teliti dan hati-hati dalam melayani pasien.	F	0 0%	0 0%	42 61,8%	26 38,2%	68 100%

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju	F : <i>Favorable</i>
TS : Tidak Setuju	UF : <i>Unfavorable</i>
S : Setuju	% : Persentase
SS : Sangat Setuju	

Berdasarkan tabel 4.6 di atas dapat diketahui kompilasi jawaban perawat sebagian besar menyetujui (58,8%) rincian tugas tertulis berguna dalam pelayanan yang ramah, (60,3%) koordinasi dengan ruang rawat lain mendukung kinerja lebih efektif, (61,8%) kolaborasi dengan tim lain membuat teliti dan hati-hati melayani pasien dan (61,8%) adanya aturan di ruang rawat memperjelas tugas pokok dan tambahan. Akan tetapi ada jawaban perawat yang perlu mendapat perhatian tentang pengorganisasian keperawatan

(13,2%) menyatakan tidak ada pendelegasian tugas jika manajer keperawatan tidak di tempat.

Ruang rawat merupakan pusat pelayanan keperawatan kepada pasien. Fungsi manajemen kedua yang penting di ruang rawat adalah pengorganisasian keperawatan sebab akan menentukan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan. Kegagalan pengorganisasian keperawatan dapat mengakibatkan: 1) unefisiensi kinerja pelayanan, 2) ketidakjelasan pendelegasian tugas dan pelimpahan wewenang pengawasan, 3) minim koordinasi dan kontrol manajer.

Nilai persepsi pengorganisasian keperawatan berkisar antara 11 sampai dengan 20 dengan rata-rata (*mean*) adalah 16,31. Persepsi pengorganisasian keperawatan digolongkan ke dalam dua kategori yaitu pengorganisasian keperawatan baik dan pengorganisasian keperawatan tidak baik. Distribusi frekuensi terhadap persepsi pengorganisasian keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengorganisasian Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Persepsi Pengorganisasian	<i>f</i>	%
1	Baik ($\geq 16,31$)	43	63,2
2	Tidak Baik ($< 16,31$)	25	36,8
	Jumlah	68	100

Pada tabel 4.7 dapat diketahui perawat yang mempersepsikan pengorganisasian keperawatan baik sebesar (63,2%) dan perawat yang mempersepsikan pengorganisasian keperawatan tidak baik sebesar (36,8%). Dengan demikian perawat dengan pengorganisasian keperawatan baik lebih banyak dibanding dengan perawat dengan pengorganisasian keperawatan tidak baik.

3. Pengawasan Keperawatan

Gambaran pengawasan keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan

Basri Kandangan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.8. Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengawasan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Pengawasan Keperawatan	F/ UF	STS	TS	S	SS	Total
1	Supervisi manajer di ruang rawat tidak ada gunanya.	UF	9 13,2%	43 63,2%	13 19,1%	3 4,4%	68 100%
2	Kami tidak takut dengan adanya supervisi	UF	7 10,3%	12 17,6%	43 63,2%	6 8,8%	68 100%
3	Evaluasi dan <i>checking</i> daftar hadir berguna untuk disiplin kinerja dalam memberi pelayanan yang ramah.	F	0 0%	13 19,1%	40 58,8%	15 22,1%	68 100%
4	Kemajuan dan kualitas pelayanan untuk kepuasan pasien salah satunya didukung dengan supervisi.	F	0 0%	5 7,4%	48 70,6%	15 22,1%	68 100%
5	Manajer keperawatan tidak pernah terlibat dalam memperbaiki pelayanan tidak ramah.	UF	12 17,6%	40 58,8%	11 16,2%	5 7,4%	68 100%
6	Ada penilaian pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam pemberian pelayanan ramah-tamah.	F	2 2,9%	14 20,6%	45 66,2%	7 10,3%	68 100%
7	Tidak ada teguran kerapian dan kebersihan dalam berpakaian.	UF	12 17,6%	44 64,7%	8 11,8%	4 5,9%	68 100%
8	Ada keinginan untuk memperbaiki sikap dan perilaku setelah mendapat penilaian kinerja.	F	0 0%	3 4,4%	49 72,1%	16 23,5%	68 100%

Keterangan:

STS	: Sangat Tidak Setuju	F	: <i>Favorable</i>
TS	: Tidak Setuju	UF	: <i>Unfavorable</i>
S	: Setuju	%	: Persentase
SS	: Sangat Setuju		

Berdasarkan tabel 4.8 di atas dapat diketahui distribusi jawaban perawat sebagian besar menyetujui (63,2%) adanya kegiatan supervisi, (64,7%) manajer memperhatikan kerapian dan kebersihan berpakaian, (70,6%) kemajuan dan kualitas pelayanan didukung supervisi dan (72,1%) bersedia memperbaiki sikap/ perilaku setelah mendapat penilaian. Namun demikian ada beberapa jawaban perawat yang perlu mendapat perhatian tentang pengawasan keperawatan yaitu (16,2%) menyatakan manajer tidak pernah terlibat memperbaiki pelayanan, (19,1%) supervisi manajer tidak ada gunanya, (19,1%) evaluasi daftar hadir tidak mempengaruhi disiplin kinerja

dan (20,6%) perawat tidak mendapat penilaian pengetahuan dan keterampilan pelayanan.

Distribusi persentase beberapa jawaban yang perlu mendapat perhatian menjadi fakta penelitian ada kendala pelaksanaan pengawasan keperawatan melalui supervisi di unit rawat inap. Hal ini konsisten dengan gejala di latar belakang dimana dalam 6 bulan terakhir kegiatan supervisi pelayanan keperawatan tidak berjalan.

Kecenderungan belum efektifnya manajemen keperawatan berkaitan dengan pengawasan dan pengendalian disebabkan ketidakjelasan struktur pengawasan itu sendiri dan saat ini menjadi kelemahan organisasi rumah sakit. Dari observasi, ketidakjelasan tersebut yaitu: 1) kurangnya motivasi dan sikap manajer melaksanakan pengawasan pelayanan perawat, 2) belum adanya penetapan standar supervisi, penilaian atau pengukuran hasil kerja yang disepakati bersama (pimpinan-perawat) dan 3) kurangnya pemahaman masing-masing peran tentang proses pengawasan/ supervisi yang dilaksanakan.

Jika dilakukan *inquiry* mendalam (63,2%) perawat mempersepsikan supervisi manajer sangat berguna. Ini menunjukkan bahwa saat ini memang terjadi stagnasi kegiatan supervisi pelayanan keperawatan (supervisi tidak berjalan). Perawat kehilangan supervisor untuk bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi dalam tugas sehari-hari. Titik jenuh tersebut mendorong sebagian besar memandang penting kegiatan supervisi sebab berada dalam ketidakjelasan kontrol tugas pokok dan fungsi. Hal ini didukung (19,1%) perawat menyatakan supervisi manajer tidak ada gunanya. Artinya meskipun sebagian perawat merasa disupervisi tetap ada ketidakjelasan proses, prosedur, pengetahuan dan tolok ukur keberhasilan kegiatan yang

pada akhirnya tidak mampu menjadi intervensi untuk merubah sikap dan kinerja pelayanan perawat.

Kemudian juga diketahui bahwa pada saat ini perawat mengharapkan kedisiplinan dalam tugas (58,8%) tetapi untuk mencapainya mereka tidak menemukan mekanisme yang jelas dari manajemen dan implikasinya menjadi tidak disiplin. Ketidakjelasan mekanisme tersebut diamati (11,8%) perawat tidak pernah mendapat peringatan dari manajer, (19,1%) menyatakan evaluasi absense tidak mendongkrak kedisiplinan dan (20,6%) menyatakan tidak mendapat penilaian pengetahuan/ keterampilan memberikan pelayanan.

Fungsi pengawasan keperawatan merupakan *controlling* agar kinerja keperawatan sesuai rencana, apakah individu, cara atau waktu yang tepat sehingga berfungsi meminimalkan kesalahan. Kegagalan pengawasan keperawatan ditandai: 1) tidak berjalannya supervisi dan audit keperawatan, 2) menurunnya prestasi kinerja pelayanan perawat dan 3) menurunnya kedisiplinan mematuhi standar operasional prosedur.⁶²

Nilai persepsi pengawasan keperawatan berkisar antara 13 sampai dengan 30 dengan rata-rata (*mean*) adalah 23,19. Persepsi pengawasan keperawatan digolongkan ke dalam dua kategori yaitu pengawasan keperawatan baik dan tidak baik. Distribusi frekuensi terhadap persepsi pengawasan keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Pengawasan Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Persepsi Pengawasan	<i>f</i>	%
1	Baik ($\geq 23,19$)	36	52,9
2	Tidak Baik ($< 23,19$)	32	47,1
	Jumlah	68	100

Pada tabel 4.9 dapat diketahui perawat yang mempersepsikan pengawasan keperawatan baik sebesar (52,9%) dan perawat yang

mempersepsikan pengawasan keperawatan tidak baik sebesar (47,1%). Dengan data tersebut perawat dengan (persepsi/ harapan) pengawasan keperawatan baik lebih banyak dibanding perawat dengan (persepsi/ harapan) pengawasan keperawatan tidak baik.

4. Motivasi Keperawatan

Gambaran motivasi keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri

Kandangan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.10. Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Motivasi Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Motivasi Keperawatan	F/ UF	STS	TS	S	SS	Total
1	Ada dorongan dari manajer keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap pelayanan melalui pendidikan dan latihan.	F	2 2,9%	9 13,2%	33 48,5%	24 35,3%	68 100%
2	Hasil survei kepuasan pelayanan rawat inap menjadi motivasi untuk bekerja lebih baik	F	1 1,5%	2 2,9%	46 67,6%	19 27,9%	68 100%
3	Keluhan pasien menjadi cambuk bagi kinerja yang buruk.	F	2 2,9%	9 13,2%	41 60,3%	16 23,5%	68 100%
4	Jasa medis tidak ada hubungannya dengan kinerja pelayanan yang baik.	UF	25 36,8%	30 44,1%	9 13,2%	4 5,9%	68 100%
5	Besarnya gaji tidak sebanding dengan tuntutan kinerja pelayanan yang diharapkan.	UF	4 5,9%	10 14,7%	28 41,2%	26 38,2%	68 100%
6	Tertutup kesempatan untuk berkarir menduduki jabatan tertentu.	UF	3 4,4%	42 61,8%	16 23,5%	7 10,3%	68 100%
7	Pembayaran gaji sesuai jadwal dan tidak terlambat.	F	2 2,9%	4 5,9%	42 61,8%	20 29,4%	68 100%

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju	F : <i>Favorable</i>
TS : Tidak Setuju	UF : <i>Unfavorable</i>
S : Setuju	% : Persentase
SS : Sangat Setuju	

Berdasarkan tabel 4.10 di atas dapat diketahui sebagian besar distribusi jawaban perawat menyetujui (48,5%) manajer keperawatan mendorong untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan/ latihan, (60,3%) keluhan pasien menjadi cambuk bagi kinerja yang buruk, (61,8%) pembayaran gaji sesuai jadwal dan (67,6%) survei kepuasan memotivasi bekerja lebih baik. Akan tetapi ada beberapa jawaban perawat yang perlu diperhatikan terkait motivasi keperawatan yaitu (13,2%)

menyatakan jasa medis tidak ada hubungan dengan kinerja pelayanan, (41,2%) menyatakan besarnya gaji tidak sebanding dengan tuntutan kinerja dan (23,5%) menyatakan tertutup kesempatan untuk berkarir menduduki jabatan tertentu.

Mengelola dan mempertahankan motivasi (kerja) perawat merupakan hal penting dalam organisasi rumah sakit. Jika ini diabaikan maka akan mempengaruhi sikap kerja perawat seperti: menurunnya komitmen rutinitas tugas, cenderung tidak tahan bekerja di bawah tekanan, stabilitas kerja terganggu, menurunnya keinginan untuk berprestasi, menurunnya inisiatif, kedisiplinan dan keuletan dimana semua aspek tersebut akan mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan.

Nilai persepsi motivasi keperawatan berkisar antara 11 sampai dengan 25 dengan rata-rata (*mean*) adalah 20,21. Persepsi motivasi keperawatan digolongkan ke dalam dua kategori yaitu motivasi keperawatan tinggi dan motivasi keperawatan rendah. Distribusi frekuensi terhadap persepsi motivasi keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.11. Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Motivasi Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

No	Persepsi Motivasi	<i>f</i>	%
1	Tinggi ($\geq 20,21$)	36	52,9
2	Rendah ($< 20,21$)	32	47,1
	Jumlah	68	100

Pada tabel 4.11 dapat diketahui perawat dengan motivasi keperawatan tinggi sebesar (52,9%) dan perawat dengan motivasi keperawatan rendah sebesar (47,1%). Dari data tersebut perawat dengan motivasi keperawatan tinggi lebih banyak dibanding perawat dengan motivasi keperawatan rendah. Ini dapat dijelaskan sesuai teori motivasi bahwa karyawan dengan motivasi kerja tinggi akan bekerja penuh semangat dan inisiatif tanpa menunggu

perintah pimpinan, karyawan tersebut juga menyelesaikan pekerjaan dengan baik dan kreatif membuat cara baru dalam bekerja.^{lvii}

5. Lingkungan Kerja Keperawatan

Gambaran lingkungan kerja keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan

Basri Kandungan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.12. Distribusi Jawaban Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Lingkungan Kerja Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan

No	Lingkungan Kerja Keperawatan	F/ UF	STS	TS	S	SS	Total
1	Disiplinan rekan kerja memberikan kenyamanan dalam tugas.	F	1 1,5%	1 1,5%	34 50,0%	32 47,1%	68 100%
2	Jaminan keselamatan kerja memperkuat rasa aman dalam melaksanakan tugas.	F	0 0%	2 2,9%	28 41,2%	38 55,9%	68 100%
3	Peralatan yang tersedia membantu bekerja lebih baik dalam memberi pelayanan ramah-tamah.	F	0 0%	6 8,8%	43 63,2%	19 27,9%	68 100%
4	Sentuhan motivasi dari manajer keperawatan membuat suasana kerja lebih menyenangkan.	F	3 4,4%	10 14,7%	41 60,3%	14 20,6%	68 100%
5	Sikap kekeluargaan membuat suasana kerja harmonis dan bersahabat.	F	0 0%	9 13,2%	32 47,1%	27 39,7%	68 100%
6	Suasana kerja di ruang perawatan membosankan.	UF	10 14,7%	40 58,8%	16 23,5%	2 2,9%	68 100%
7	Manajer keperawatan tidak kooperatif/ramah kepada perawat.	UF	10 14,7%	45 66,2%	11 16,2%	2 2,9%	68 100%

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju	F : <i>Favorable</i>
TS : Tidak Setuju	UF : <i>Unfavorable</i>
S : Setuju	% : Persentase
SS : Sangat Setuju	

Berdasarkan tabel 4.12 di atas dapat diketahui distribusi jawaban perawat sebagian besar menyetujui (47,1%) sikap kekeluargaan membuat suasana kerja harmonis dan bersahabat, (50,0%) disiplin rekan kerja memberikan kenyamanan pelayanan, (55,9%) jaminan keselamatan memperkuat rasa aman dalam tugas, (63,2%) ketersediaan peralatan membantu bekerja lebih baik. Akan tetapi ada jawaban perawat yang perlu mendapat perhatian tentang lingkungan kerja keperawatan yaitu (14,7%) menyatakan manajer keperawatan tidak memberikan sentuhan motivasi kerja, (16,2%) manajer keperawatan kurang kooperatif/ memperhatikan perawat, (23,5%) menyatakan suasana kerja di ruang perawatan membosankan.

Distribusi persentase beberapa jawaban yang perlu mendapat perhatian menjadi fakta penelitian ada ketidakjelasan mekanisme pengelolaan lingkungan kerja keperawatan dan ini juga menjadi kelemahan organisasi rumah sakit pada saat ini. Perawat dalam posisi dengan harapan-harapan yang tidak terpenuhi sementara organisasi dalam kondisi hilangnya struktur penghargaan, struktur keterbukaan/ transparansi dan struktur kebersamaan (*team work*) memicu ketidakpuasan perawat terhadap pelayanan manajemen.

Tabel 4.12 menjadi tolok ukur cerminan harapan-harapan perawat tersebut. Kondisi saat ini mereka menginginkan adanya dorongan dari figur pemimpin yang bisa menjadi orang tua dan rujukan (14,7%), serta memberi motivasi dan perhatian dengan kooperatif (16,2%). Sebagian perawat merasakan ruang perawatan adalah lingkungan membosankan (23,5%), pekerjaan monoton dengan model keperawatan fungsional, rentan konflik dan persaingan kerja yang tidak sehat. Ini direpres menjadi dilema dengan bentuk kinerja tidak produktif dan berada pada titik puncak sehingga menginginkan suasana kerja baru yang inovatif dan harmonis (13,2%). Pada dasarnya mereka juga mengharapkan kedisiplinan untuk ditegakkan (3,0%) dan ada jaminan rasa aman dalam bekerja (2,9%), namun belum jelas struktur untuk mencapainya kesana.

Untuk itu perawat membutuhkan langkah, mekanisme dan struktur yang jelas dari manajemen menjamin bahwa lingkungan kerja keperawatan dirancang mencapai produktivitas maksimum seperti: 1) menata ulang peran dan tanggung jawab (*re-arrange the role*), 2) memberi motivasi, contoh dan teladan (*role-model*), 3) menegakkan kedisiplinan kerja (*re-engineering*), 4) membentuk nilai-nilai kerjasama (*shifting values*) dan memperbaiki sistem jaminan pekerjaan (*re-design the system*). Jika hal ini tidak diperbaiki

percepatan organisasi menjadi terpuruk dan implikasinya mempengaruhi citra rumah sakit (*corporate identity*) dimata pelanggan.

Nilai persepsi lingkungan kerja keperawatan berkisar antara 17 sampai dengan 27 dengan rata-rata (*median*) adalah 22,00. Persepsi lingkungan kerja keperawatan digolongkan ke dalam dua kategori yaitu lingkungan kerja keperawatan baik dan tidak baik. Distribusi frekuensi terhadap persepsi lingkungan kerja keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.13. Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat di Unit Rawat Inap Tentang Lingkungan Kerja Keperawatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandungan

No	Persepsi Lingkungan Kerja	<i>f</i>	%
1	Baik ($\geq 22,00$)	23	33,8
2	Tidak Baik ($< 22,00$)	45	66,2
	Jumlah	68	100

Pada tabel 4.13 dapat diketahui perawat yang mempersepsikan lingkungan kerja keperawatan baik sebesar (33,8%) dan perawat yang mempersepsikan lingkungan kerja keperawatan tidak baik sebesar (66,2%). Dengan data tersebut diketahui perawat dengan lingkungan kerja keperawatan baik lebih sedikit dibanding perawat dengan lingkungan kerja keperawatan tidak baik.

Hal ini dapat dijelaskan pada umumnya persentase jawaban perawat mempersepsikan suasana kerja tanpa konflik, rasa aman, jaminan pekerjaan, kelengkapan alat kesehatan kedokteran serta *support* manajer penting untuk menghasilkan pelayanan keperawatan yang ramah. Namun kenyataannya justru lingkungan kerja tersebut cukup berlawanan dengan persepsi yang diharapkan.

D. Hubungan Manajemen Keperawatan dengan Kompetensi Interpersonal

1. Hubungan Kepemimpinan Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Untuk mengetahui hubungan kepemimpinan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.14. Tabel Silang Kepemimpinan Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Persepsi Kepemimpinan Keperawatan	Kompetensi Interpersonal		Total
	Tinggi	Rendah	
Baik	19	28	47
	90,5%	59,6%	69,1%
Tidak Baik	2	19	21
	9,5%	40,4%	30,9%
Total	21	47	68
	100%	100%	100%

$$\chi^2 : 5,126 \quad p : 0,024 \quad (p < 0,05)$$

Pada tabel 4.14 dapat disimpulkan perawat dengan kepemimpinan keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (40,4%) lebih tinggi dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (9,5%). Sebaliknya perawat dengan kepemimpinan keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (59,6%) lebih rendah dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (90,5%). Dalam tabulasi silang tersebut menunjukkan bahwa perawat dengan kepemimpinan keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal yang rendah sedangkan perawat dengan kepemimpinan keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal yang tinggi.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 5,126 dengan $p = 0,024$ dan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hasil ini memiliki makna ada hubungan

yang signifikan antara kepemimpinan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

Ini dapat dijelaskan fungsi kepemimpinan keperawatan merupakan fungsi pembinaan pada perawat. Pemimpin yang memahami bawahan akan dapat menetapkan fungsi pembinaan pada saat dan tempat yang tepat. Melalui pembinaan pemimpin berupaya menciptakan perkembangan yang dibutuhkan bawahan setelah mengkajinya dengan teliti. Untuk dapat berfungsi menjadi pembina, pemimpin harus bersikap humanistik dan suportif serta mampu menjadi suri teladan bawahannya.²⁴

Membina perawat berarti mengembangkan potensinya dengan sikap kepemimpinan seperti: menunjukkan perhatian terhadap tingkat kesejahteraan, mendengarkan keluhan dan masalah kerja yang dialami, meluangkan waktu mendengarkan keluhan pribadi dan menunjukkan empati, menyampaikan selamat pada yang berhasil, membantu bawahan menyelesaikan masalah, berperan sebagai pelatih yang menguasai teknik kerja dan menyediakan diri menjadi mentor/ penasehat ketika bawahan memerlukan.

Keberhasilan sikap kepemimpinan tergantung dari ketrampilan dan teknik komunikasi yang suportif. Komunikasi suportif mengandung landasan orientasi pada masalah, diberikan secara verbal dan non-verbal yang sinkron, menekankan pada pembenaran sehingga orang yang berkomunikasi merasa nyaman karena berarti telah memberi pengakuan akan kehadiran, keunikan dan arti penting dari orang lain. Komunikasi suportif juga bersifat spesifik, terkait logis dengan informasi sebelumnya, dan diakui secara nyata, serta mengandung sikap mau mendengar dan memberi informasi.²⁴

Sebagai pembina perawat yang sadar bahwa pengembangan potensi perawat terletak sebagian besar pada dirinya sebagai pemimpin, maka seyogyanya harus bersedia memberi dorongan dan umpan balik terhadap kinerja dan perilaku yang diperlihatkan bawahan. Umpan balik baik positif maupun negatif diberikan dengan tepat, sesuai tempat, dan waktu sehingga dapat membantu bawahan berkembang serta menjadi motivasi dalam bekerja dan berperilaku lebih baik.

Hasil dari beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa kepemimpinan keperawatan banyak memiliki makna terhadap pelayanan keperawatan diantaranya yaitu:

- 1) Penelitian Siregar^{lviii} menghasilkan kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kota Tebing Tinggi tahun 2003 ($p = 0,011$, $r = 0,405$).
- 2) Penelitian Lukman^{lix} yang meneliti tentang pengaruh kepemimpinan, kemampuan, dan kompensasi terhadap kinerja perawat di RS Kusta Sungai Kundur Palembang tahun 2006, menghasilkan kesimpulan yaitu kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat ($p = 0.045 < 0,05$).

2. Hubungan Pengorganisasian Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Untuk mengetahui hubungan pengorganisasian keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.15. Tabel Silang Pengorganisasian Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Persepsi Pengorganisasian Keperawatan	Kompetensi Interpersonal		Total
	Tinggi	Rendah	
Baik	13	30	43
	61,9%	63,8%	63,2%
Tidak Baik	8	17	25
	38,1%	36,2%	36,8%
Total	21	47	68
	100%	100%	100%

$$x^2 : 0,000 \quad p : 1,000 \quad (p > 0,05)$$

Pada tabel 4.15 dapat disimpulkan perawat dengan pengorganisasian keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (36,2%) lebih rendah dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (38,1%). Sebaliknya perawat dengan pengorganisasian keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (63,8%) lebih tinggi dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (61,9%). Dalam tabulasi silang tersebut menunjukkan perawat dengan pengorganisasian keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal yang tinggi sementara perawat dengan pengorganisasian keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal yang rendah.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 0,000 dengan $p = 1,000$ dan $p > 0,05$ maka H_0 diterima sementara H_a ditolak. Hal ini memiliki arti tidak ada hubungan yang signifikan antara pengorganisasian keperawatan dengan

kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

Pengorganisasian keperawatan secara prinsip meliputi kegiatan pembagian kerja keperawatan, pendelegasian tugas manajerial, melakukan koordinasi manajerial dan penerapan manajemen waktu. Semua kegiatan pengorganisasian tersebut lebih bersifat konseptual dan administratif berupaya mengatur kelancaran kinerja keperawatan.^{ix} Hasil penelitian di atas tidak sesuai dengan teori sebelumnya bahwa pengorganisasian keperawatan berhubungan dengan kompetensi interpersonal.²³ Namun dengan dasar penjelasan tersebut, tidak terdapatnya hubungan antara pengorganisasian keperawatan dengan kompetensi interpersonal dapat dijelaskan karena fokus kegiatan yang cenderung berbeda dimana pengorganisasian keperawatan lebih bersifat kognitif/ pola pikir sementara kompetensi interpersonal lebih bersifat konatif/ psikomotor (sikap kerja).

Penjelasan di atas didukung hasil penelitian Warsito^{ix} yaitu pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang tahun 2006 menghasilkan bahwa fungsi pengorganisasian tidak ada hubungan dengan manajemen asuhan keperawatan ($p = 0,982 > 0,05$).

3. Hubungan Pengawasan Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Untuk mengetahui hubungan pengawasan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.16. Tabel Silang Pengawasan Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Persepsi Pengawasan Keperawatan	Kompetensi Interpersonal		Total
	Tinggi	Rendah	
Baik	17	19	36
	81,0%	40,4%	52,9%
Tidak Baik	4	28	32
	19,0%	59,6%	47,1%
Total	21	47	68
	100%	100%	100%

$$\chi^2 : 8,011 \quad p : 0,005 \quad (p < 0,05)$$

Pada tabel 4.16 dapat disimpulkan bahwa perawat dengan pengawasan keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (59,6%) lebih tinggi dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (19,0%). Sebaliknya perawat dengan pengawasan keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (40,4%) lebih rendah dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (81,0%). Dalam tabulasi silang tersebut menunjukkan bahwa perawat dengan pengawasan keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal yang rendah sementara perawat dengan pengawasan keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal yang tinggi.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 8,011 dengan $p = 0,005$ dan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini memiliki arti ada hubungan yang signifikan antara pengawasan keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

Fungsi pengawasan keperawatan merupakan “*a control mechanism level-the thermostat*” sebagai penstabil kinerja keperawatan. Manajer tingkat ini harus memelihara dan mengelola komunikasi serta informasi dengan mengontrol fungsi tugas perawat pelaksana sesuai rencana. Outputnya adalah kualitas asuhan keperawatan dan kesesuaian kinerja perawat yang diharapkan.^{lxii} Adanya hubungan antara pengawasan keperawatan dengan kompetensi interpersonal mempunyai makna bahwa pengawasan keperawatan dengan supervisi dapat berfungsi sebagai intervensi yang mempengaruhi gaya perawat dalam melakukan *interpersonalship* kepada pasien atau pihak lain.

4. Hubungan Motivasi Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Untuk mengetahui hubungan motivasi keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.17. Tabel Silang Motivasi Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Persepsi Motivasi Keperawatan	Kompetensi Interpersonal		Total
	Tinggi	Rendah	
Tinggi	16	20	36
	76,2%	42,6%	52,9%
Rendah	5	27	32
	23,8%	57,4%	47,1%
Total	21	47	68
	100%	100%	100%

$$\chi^2 : 5,311 \quad p : 0,021 \quad (p < 0,05)$$

Pada tabel 4.17 dapat disimpulkan bahwa perawat dengan motivasi keperawatan yang rendah mempunyai kompetensi interpersonal rendah (57,4%) lebih tinggi dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (23,8%). Sebaliknya perawat dengan motivasi keperawatan yang tinggi mempunyai kompetensi interpersonal rendah (42,6%) lebih rendah dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (76,2%). Tabulasi silang tersebut menunjukkan bahwa

perawat dengan motivasi keperawatan yang tinggi mempunyai kompetensi interpersonal yang tinggi sedangkan perawat dengan motivasi keperawatan yang rendah mempunyai kompetensi interpersonal yang rendah.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 5,311 dengan $p = 0,021$ dan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini memiliki arti ada hubungan yang signifikan antara motivasi keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

Motivasi keperawatan merupakan suatu proses psikologis yang mencerminkan interaksi antara sikap, kebutuhan, persepsi dan keputusan yang terjadi pada diri perawat. Adanya hubungan antara motivasi keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat dapat dijelaskan dalam beberapa bagian yaitu: 1) adanya rangsangan dari luar, 2) menjadi *motive* dan mendorong individu untuk berperilaku, 3) yang dipengaruhi oleh faktor intrinsik, 4) dan faktor ekstrinsik, 5) kemudian kedua faktor berpengaruh ini menimbulkan berbagai alternatif perilaku seseorang, 6) setelah dilakukan pertimbangan untuk menentukan mana perilaku yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan individu, 7) kemudian sebagai hasil adalah pengambilan keputusan untuk melakukan apa yang sudah dipertimbangkan tanpa rasa beban dan penyesalan.^{lxiii, lxiv}

5. Hubungan Lingkungan Kerja Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Untuk mengetahui hubungan lingkungan kerja keperawatan dengan kompetensi interpersonal perawat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.18. Tabel Silang Lingkungan Kerja Keperawatan Dengan Kompetensi Interpersonal

Persepsi Lingkungan Kerja Keperawatan	Kompetensi Interpersonal		Total
	Tinggi	Rendah	
Baik	14	9	23
	66,7%	19,1%	33,8%
Tidak Baik	7	38	45
	33,3%	80,9%	66,2%
Total	21	47	68
	100%	100%	100%

$$\chi^2 : 12,596 \quad p : 0,000 \quad (p < 0,05)$$

Pada tabel 4.18 dapat disimpulkan bahwa perawat dengan lingkungan kerja keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (80,9%) lebih tinggi dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (33,3%). Sebaliknya perawat dengan lingkungan kerja keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal rendah (19,1%) lebih rendah dari pada perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi (66,7%). Dalam tabulasi silang tersebut menunjukkan bahwa perawat dengan lingkungan kerja keperawatan tidak baik mempunyai kompetensi interpersonal yang rendah sementara perawat dengan lingkungan kerja keperawatan baik mempunyai kompetensi interpersonal yang tinggi.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 12,596 dengan $p = 0,000$ dan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini memiliki arti ada hubungan yang signifikan antara lingkungan kerja keperawatan dengan kompetensi

interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan.

Hasil ini dapat dijelaskan sebagaimana pendapat Timpe^{lxv} bahwa meningkatkan kinerja karyawan dapat dilakukan melalui perbaikan suasana kerja atau lingkungan kerja organisasi. Oleh karena itu, hubungan lingkungan kerja dan kinerja perawat mempunyai arti penting bagi pihak manajemen rumah sakit. Kemudian hasil tersebut juga didukung penelitian Hasni dan Sanusi^{lxvi} yang meneliti tentang ciri-ciri, iklim organisasi, dan kinerja tenaga perawat di instalasi rawat inap RS Dr. Achmad Moechtar Bukit tinggi tahun 2005 menghasilkan kesimpulan bahwa lingkungan kerja (Iklim organisasi) dan kinerja tenaga perawatan memiliki hubungan yang signifikan ($p < 0,05$).

Berdasarkan analisis uji hubungan variabel bebas dengan variabel terikat di atas, rangkuman hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.19. Hubungan Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	<i>Chi Square</i>	<i>P value</i>	Keterangan
1	Kepemimpinan Keperawatan	5,126	0,024	Ada hubungan
2	Pengorganisasian Keperawatan	0,000	1,000	Tidak Ada Hubungan
3	Pengawasan Keperawatan	8,011	0,005	Ada Hubungan
4	Motivasi Keperawatan	5,311	0,021	Ada Hubungan
5	Lingkungan Kerja Keperawatan	12,596	0,000	Ada Hubungan

Pada tabel 4.19 di atas menunjukkan bahwa aspek-aspek manajemen keperawatan yang berhubungan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan adalah: 1) kepemimpinan keperawatan, 2) pengawasan keperawatan, 3) motivasi keperawatan, 4) lingkungan kerja keperawatan. Kemudian keempat variabel tersebut dilakukan analisis multivariat sendiri-sendiri dan secara bersama-sama untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel bebas terhadap kompetensi interpersonal.

E. Analisis Pengaruh

1. Analisis Bivariat Manajemen Keperawatan dengan Kompetensi Interpersonal

Analisis bivariat dilakukan sendiri-sendiri terhadap variabel bebas yang terdapat hubungan dengan variabel terikat, hasil analisis ditunjukkan pada tabel berikut.

Tabel 4.20. Pengaruh Antara Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat Menggunakan Uji Regresi Logistik (Metode Enter)

No	Variabel Bebas	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Exp</i> (β)
1	Kepemimpinan Keperawatan	1,864	0,801	5,418	1	0,020	6,446
2	Pengawasan Keperawatan	1,835	0,630	8,475	1	0,004	6,263
3	Motivasi Keperawatan	1,463	0,591	6,126	1	0,013	4,320
4	Lingkungan Kerja Keperawatan	2,134	0,593	12,942	1	0,000	8,444

Pengaruh keempat variabel bebas yaitu kepemimpinan keperawatan, pengawasan keperawatan, motivasi keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan secara sendiri-sendiri terhadap komunikasi interpersonal diperoleh hasil p - value < 0,25, sehingga keempat variabel tersebut dapat diteruskan untuk dilakukan analisis multivariat.

2. Analisis Multivariat Manajemen Keperawatan dengan Kompetensi Interpersonal

Beberapa variabel bebas yang terdapat hubungan dengan variabel terikat yaitu variabel kepemimpinan keperawatan, pengawasan keperawatan, motivasi keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan secara bersama-sama dimasukkan dalam perhitungan Uji Regresi Logistik metode Enter dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.21. Pengaruh Variabel Pengawasan dan Lingkungan Kerja Terhadap Kompetensi Interpersonal

No	Variabel Bebas	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Exp</i> (β)
1	Pengawasan Keperawatan	1,252	0,687	3,320	1	0,068	3,497
2	Lingkungan Kerja Keperawatan	1,711	0,631	7,353	1	0,007	5,536

Pada tabel 4.21 menunjukkan pengaruh bersama-sama variabel bebas terhadap variabel terikat. Hasil analisis tersebut menunjukkan ada dua variabel berpengaruh setelah beberapa kali dilakukan Uji Regresi Logistik. Kedua variabel tersebut adalah pengawasan keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan. Salah satu variabel memiliki p -value $> 0,05$, ini berarti secara statistik variabel tersebut tidak mempunyai makna pengaruh terhadap variabel terikat namun karena memiliki nilai $Exp(\beta) > 2$, maka tetap digunakan dalam analisis pengaruh bersama-sama.

Hasil analisis variabel pengawasan keperawatan menunjukkan nilai $Exp(\beta) = 3,497$, $p = 0,068$ dan $p > 0,05$. Hal ini bermakna untuk perawat yang mempunyai persepsi pengawasan keperawatan tidak baik mempunyai resiko kompetensi interpersonal rendah adalah 3,497 kali lebih rendah dari yang kompetensi interpersonal tinggi. Sebaliknya perawat yang mempunyai persepsi pengawasan keperawatan baik mengakibatkan kompetensi interpersonal tinggi adalah 3,497 kali lebih tinggi dari yang kompetensi interpersonal rendah. Hasil ini juga sesuai dengan teori sebelumnya bahwa pengawasan keperawatan berfungsi sebagai kontrol agar kinerja keperawatan sesuai rencana dan minim kesalahan.⁶² Dengan kegiatan pengawasan keperawatan seperti: supervisi, audit, penilaian prestasi dan penerapan SOP (standar operasional prosedur) dilaksanakan untuk menghadirkan pelayanan keperawatan berkualitas, memperbaiki kelemahan/ kekurangan asuhan keperawatan, meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan keterampilan dalam hubungan terapeutik dan interpersonal kepada pasien.

Pada variabel lingkungan kerja keperawatan menunjukkan nilai $Exp(\beta) = 5,536$, $p = 0,007$ dan $p < 0,05$. Hasil tersebut bermakna untuk perawat yang mempunyai persepsi lingkungan kerja keperawatan tidak baik mempunyai resiko kompetensi interpersonal rendah adalah 5,536 kali lebih rendah dari yang kompetensi interpersonal tinggi. Sebaliknya perawat yang mempunyai persepsi lingkungan kerja keperawatan baik mengakibatkan kompetensi interpersonal tinggi adalah 5,536 kali lebih tinggi dari yang kompetensi interpersonal rendah. Hal ini juga sesuai dengan teori sebelumnya.⁶⁵ Lingkungan kerja meliputi semua unsur dalam organisasi dan di desain dengan pola yang diciptakan pimpinan. Memperhatikan lingkungan kerja berarti menghargai karyawan sebagai manusia seutuhnya bukan mesin produksi sebab idealnya mereka ingin bekerja dalam suasana yang harmonis tanpa konflik, aman dan ada jaminan pekerjaan, kelengkapan peralatan serta *support* manajer dalam setiap pelaksanaan tugas pelayanan keperawatan.

Pada hasil analisis multivariat tersebut dapat disimpulkan ada pengaruh bersama-sama pengawasan keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan terhadap kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Dari hasil penelitian ini berarti pihak manajemen perlu meningkatkan secara bersama-sama pengawasan keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan agar dapat meningkatkan kompetensi interpersonal perawat yang saat ini masih mengalami kendala.

F. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian

Kelemahan paling pokok penelitian ini terletak pada instrumen pengumpulan data atau disebut dengan skala. Skala yang digunakan dalam mengukur variabel penelitian belum *standard*/ baku dan belum teruji keandalanya berkali-kali sehingga memiliki kecenderungan bias mengungkapkan apa yang sebenarnya ingin diungkap. Skala penelitian disusun oleh peneliti sendiri berdasarkan tinjauan pustaka/ teori yang ada dengan cara mengoperasionalkan variabel/ konstruk variabel melalui item-item pertanyaan. Sedangkan upaya untuk meminimalkan bias dalam konstruksi instrumen tersebut dilakukan dengan prosedur uji validitas dan reliabilitas skala dan hanya mengambil item-item yang mempunyai nilai korelasi di atas 0,50 dengan indeks reliabilitas di atas 0,60.

Kemudian keterbatasan penelitian juga terdapat pada metode observasional. Penelitian ini hanya menganalisa pengaruh variabel penelitian secara statistik dengan menterjemahkan nilai yang diperoleh sehingga belum dapat menjelaskan masing-masing variabel tersebut secara lebih dalam dan rinci.

Namun demikian penelitian ini memiliki kekuatan sehingga layak untuk dilaksanakan. Kekuatan tersebut terletak pada permasalahan yang diangkat sebab permasalahan tersebut saat ini masih menjadi masalah pokok bagi manajemen RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan untuk segera ditanggulangi. Permasalahan tersebut terkait dengan manajemen keperawatan dan kompetensi interpersonal perawat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Karakteristik responden yang memberikan kontribusi pada penelitian ini sebagian besar jenis kelamin wanita (69,1%), umur tua/ dewasa (55,9%) dan masa kerja lama (51,5%).
2. Persepsi perawat terhadap pelaksanaan manajemen keperawatan yaitu: kepemimpinan keperawatan baik (69,1%), pengorganisasian keperawatan baik (63,2%), pengawasan keperawatan baik (52,9%), motivasi keperawatan tinggi (52,9%) dan lingkungan kerja keperawatan baik (33,8%).

Khusus untuk pelaksanaan pengawasan keperawatan ada beberapa kegiatan yang masih kurang yaitu: manajer keperawatan tidak pernah terlibat dalam memperbaiki pelayanan ramah-tamah (16,2%), supervisi manajer di ruang rawat tidak ada gunanya (19,1%), evaluasi daftar hadir tidak mempengaruhi disiplin kinerja perawat (19,1%) dan perawat tidak mendapat penilaian pengetahuan/ keterampilan pelayanan (20,6%). Sedangkan untuk pelaksanaan lingkungan kerja keperawatan beberapa kegiatan yang masih kurang yaitu: manajer keperawatan tidak memotivasi kinerja perawat (14,7%), manajer keperawatan kurang kooperatif terhadap perawat (16,2%) dan suasana kerja di ruang perawatan membosankan (23,5%).

3. Perawat yang mempunyai kompetensi interpersonal tinggi di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hasna Basri Kandangan (30,9%) lebih sedikit dari pada perawat yang memiliki kompetensi interpersonal rendah. Beberapa hal yang membuat perawat mengalami kompetensi interpersonal rendah yaitu: perawat tidak setuju membangun sikap humor bila suasana komunikasi dengan pasien menjadi tegang (13,2%), perawat lupa minta ijin lebih dulu saat melakukan pemeriksaan (16,2%), perawat sulit bersikap sabar (16,2%), sikap pasien membuat perawat stress (20,6%), perawat kesulitan menata sikap agar dipercaya pasien (27,9%), perawat mudah marah jika pasien dan keluarganya menjengkelkan (30,9%), perawat meninggalkan pasien jika tidak mengerti penjelasan yang diberikan (35,5%) dan perawat menganggap serius jika pasien berkata kasar (41,2%).
4. Variabel yang terdapat hubungan dengan kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan adalah kepemimpinan keperawatan ($p = 0,024$, $p < 0,05$), pengawasan keperawatan ($p = 0,005$, $p < 0,05$), motivasi keperawatan ($p = 0,021$, $p < 0,05$) dan lingkungan kerja keperawatan ($p = 0,000$, $p < 0,05$).
5. Ada pengaruh bersama-sama pengawasan keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan terhadap kompetensi interpersonal perawat di unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan. Untuk perawat yang mempunyai persepsi pengawasan keperawatan tidak baik mempunyai resiko kompetensi interpersonal rendah adalah 3 kali lebih rendah dari yang kompetensi interpersonal tinggi ($p = 0,068$, $Exp(\beta) = 3,497$) sedangkan untuk perawat yang mempunyai persepsi lingkungan kerja keperawatan tidak baik mempunyai resiko kompetensi interpersonal

rendah adalah 5 kali lebih rendah dari yang kompetensi interpersonal tinggi ($p = 0,007$, $Exp(\beta) = 5,536$).

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka dapat diajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Direktur RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan

Agar perawat unit rawat inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan mempunyai kompetensi interpersonal tinggi dalam pelayanan keperawatan, secara umum perlu ditingkatkan bersama-sama pengawasan keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan dan secara khusus meliputi kegiatan:

- a. Membangun komitmen dengan perawat pelaksana di unit rawat inap untuk dilaksanakan supervisi. Hal ini dilakukan dengan membentuk tim supervisi pelayanan keperawatan, kemudian melatih sampai memiliki kompetensi *supervisor, coaching and counseling* agar dapat melaksanakan tugas: 1) melakukan evaluasi dan umpan balik terhadap pelaksanaan pelayanan keperawatan rawat inap, 2) melaksanakan supervisi harian pelayanan perawat, 3) memberikan peringatan/ teguran (lisan/ tertulis) jika perawat bersikap tidak ramah, 4) membuat SOP (*Standard Operating Procedure*) supervisi dan 5) melakukan penilaian kinerja melalui observasi keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang ramah.
- b. Membenahi tempat kerja staf keperawatan di ruang rawat inap yang dapat menunjang kinerja pelayanan ramah-tamah sesuai akreditasi rumah sakit tipe C seperti menyediakan *station-nurse* dan *locker*

perawat (saat ini belum tersedia). Kemudian melakukan pengembangan model pelayanan keperawatan berbasis MPKP (Model Praktek Keperawatan Profesional) sebab dipandang relevan dibanding model fungsional (yang saat ini berjalan) cenderung monoton. Direktur RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan juga menginstruksikan kepada manajer keperawatan untuk bersikap lebih kooperatif dan memberi sentuhan motivasi dalam setiap pertemuan/ kunjungan di ruang perawatan.

- c. Mengintegrasikan program peningkatan kompetensi interpersonal perawat dengan kegiatan: 1) memberikan pelatihan kepribadian dengan materi tentang bagaimana caranya bersikap sabar, mengendalikan marah, bersikap ramah dan teknik menghargai orang lain dalam komunikasi interpersonal, 2) perlu disusun SOP (*Standard Operating Procedure*) memberikan pelayanan pasien khususnya dalam melakukan hubungan *interpersonalship*, 3) perlu disusun model kontrol diri (*self control*) kaitannya dengan pengendalian emosi dalam komunikasi interpersonal dengan pasien melalui buku pegangan.

2. Bagi peneliti selanjutnya

- a. Mengingat penelitian ini menemukan adanya pengaruh bersama-sama pengawasan keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan terhadap kompetensi interpersonal maka perlu diteliti lebih lanjut model pengawasan keperawatan dan model pengkondisian lingkungan kerja yang efektif terhadap kompetensi interpersonal.
- b. Berdasarkan temuan pada variabel pengawasan keperawatan dan lingkungan kerja keperawatan, faktor struktur menjadi faktor yang besar dalam perubahan kompetensi interpersonal perawat tetapi belum dilakukan studi dalam penelitian ini. Untuk itu sebaiknya dan

sah untuk diteliti dengan lebih konkrit kondisi seperti: sistem informasi dan komunikasi, *reward system* dan remunerasi, peran manajer dalam supervisi keperawatan serta keadaan lingkungan kerja dan keharmonisan hubungan kerja dalam bentuk penelitian operasional.

DAFTAR PUSTAKA

-
- i Azwar, A., *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan. 1996
 - ii Lumenta, B., *Hospital Citra, Peran dan Fungsi*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius. 1989
 - iii Iyer, Patricia W., *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Edisi 4. EGC, Jakarta. 2005
 - iv Carruth A. K. ; Steele S. ; Moffett B. ; Rehmeyer T. ; Cooper C. ; Burroughs R., *The Impact Of Primary And Modular Nursing Delivery Systems On Perceptions Of Caring Behavior*. Oncology Nursing Press: Pittsburgh. 1999
 - v Damayanti, N. A., *Kontribusi Kinerja Perawat Dan Harapan Pasien Dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kasus Kronis : Suatu Studi Eksplorasi Dan Intervensi Di Rumah Sakit*. Thesis. Post Graduate Airlangga University Unair. 2007
 - vi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 262/Menkes/Per/VII/1979 Tentang *Standarisasi Ketenagaan di Rumah Sakit*.
 - vii Laird, Dugan., *Approaches to Training And Development*, 2nd edition, Addison-Wesley Publishing Company. 1993
 - viii Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 863/Menkes/SK/VI/2005 Tentang *Pedoman Pengembangan Kinerja Perawat dan Bidan*.
 - ix Foster.T., *Anaging Quality An Integrative Approach, Quality in Product and Process Design*, Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey. 2004
 - x Dirjen Yan Medik Depkes RI, *Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan di Rumahsakit*. Cetakan – II, Jakarta. 1999
 - xi Departemen Kesehatan RI., *Standar Ruang dan Peralatan Rumah Sakit Tipe C*. Jakarta: Departemen Kesehatan. 1994
 - xii PEMDA Kab. HSS., FISIP Unlam., Lab. *Good Governance Prov. KALSEL., Survei Mutu Pelayanan Kesehatan RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kab. HSS*. Banjarmasin: 2007
 - xiii Bowers, MS, JE Swan, and WF Kochler., *What Atittude Determine Quality and Satisfaction With Health Care Delivery?.*, vol. 4 pp 49 – 55 : Health Care Management Review, Aspen Publisher inc. 1994

-
- xiv Hubberd D., *Leadership Nursing and care management*, Second Edition, Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1994
- xv Gillies., *Nursing Managemen*. Philadelphia: W.B.Saunders Company. 1994
- xvi Wijono, D., *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*. Volume 1, Airlangga University Press, Surabaya. 1999.
- xvii Irawan, H., *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*. PT Elek Media Komputindo, Jakarta, 2002.
- xviii Donabedian, A., *Exploration In Quality and Monitoring*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.
- xix Hubberd D. *Leadership Nursing Care Management*. Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000.
- xx Swansburg RC, Swansburg RJ., *Introductory Management and Leadership for Nurse*. 2nd edition. Toronto : Jonash and Burtlet Publisher, 1999.
- xxi Robbin, Stephen P., *Perilaku Organisasi, Konsep Kontroversi – Aplikasi*. Edisi Bagasa Indonesia, Jilid 1, PT Prenhalindo, Jakarta. 1996.
- xxii Judge, Timothy and Shinichiro Watanabe, *Another Look At The Job Satisfaction-Life Satisfaction Relationship*. Vol 78 no 6, 1993.
- xxiii Nursalam., *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2, Salemba Medika, Jakarta. 2007.
- xxiv Nurachmah, E., *Leadership Dalam Keperawatan*. Artikel FIK UI, 2005.
- xxv Robbins, Stephen, P., *Perilaku Organisasi, Jilid 2 (Edisi Bahasa Indonesia)*. Jakarta: Prenhallindo, 2001.
- xxvi Kron, T., *The Manajement of Patient Care*. 4th Edition. Philadelphia : W.B Saunders Company, 1981.
- xxvii Endah, Rika., *Pengorganisasian Dalam Keperawatan*. Modul, FK Universitas Sumatra Utara. 2007.
- xxviii Sandra D.Y., *Teaching Nursing*. Cummings Publisher. California, 1990.
- xxix Soeroso, S., *Manajemen Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Suatu Pendekatan Sistem*. EGC. Jakarta, 2003.
- xxx Cokroaminoto, *Membangun Kinerja Karyawan Melalui Perbaikan Lingkungan Kerja*. Artikel Psikologi Industri Organisasi, 2007. tidak diterbitkan

-
- xxxi Strauss, George and Leonard., *Manajemen Personalia (Terjemahan Rochmulyati Hamzah)*. PPM. Jakarta, 2002.
- xxxii Atmosoeprapto, K., *Empower Your Human Resource (Berdayakan Sumber Daya Manusia Anda)*, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta. 2002
- xxxiii Ellis, Roger B., Gates, Robert J dan Kenworhy, Neil. *Komunikasi Interpersonal Dalam Keperawatan*, Teori dan Praktik, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta. 2000
- xxxiv Hardjana, Agus M., *Komunikasi Intrapersonal dan Interpersonal*, Kanisius, Yogyakarta. 2003
- xxxv Notoatmodjo, S., *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset, Yogyakarta, 2003.
- xxxvi Abramson, J.H., *Metode Survei Dalam Kedokteran Komunitas, Pengantar Epidemiologi dan Evaluatif*. Edisi Ketiga, Gajahmada University Press, Yogyakarta 1991.
- xxxvii Robbinss, dkk., *Organization Behavior Concept, Controversies, Applications*, Prentice Hall. Inc, Englewood Cliffs, 1996.
- xxxviii Masri, S., Sifian, E., *Metode Penelitian Survei*, Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial, Jakarta. 1998.
- xxxix Kerlinger, FN., Dan Lee, HB., *Fondation of Behavioral Research*. California: H. College Publisher. 2000.
- xl Edward, A,L., *Techniques Of Attitude Scale Construction*. The University Of Washington.
- xli Azwar, S., *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 1998.
- xlii Azwar, S., *Penyusunan Skala Psikologi*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 1999.
- xliii Masli, S., Sifian, E., *Metode Penelitian Survey*. Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial, Jakarta. 1989.
- xliv Ghozali, I., *Aplikasi Analisis Multivariat Dengan Program SPSS*. Badan Penerbit UNDIP, Semarang. 2001.
- xlvi Azwar, S., *Reliabilitas dan Validitas*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 2002.
- xlvi Arikunto., *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan dan Praktek*. Rineka Cipta, Jakarta. 1993.
- xlvi Santoso S., *SPSS Versi 10 Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. PT Elex Media Komputindo, Jakarta. 2003.

-
- xlvi Jonathan Sarwono, *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*. Graha Ilmu, Yogyakarta, 2006.
- xlvi Sastroasmoro S, Ismael S., *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi ke-2. CV Agung Seto, Jakarta. 2002.
- l Supranto, J., *Analisis Multivariat: Arti dan Interpretasi*, Cetakan Pertama. PT Asdi Mahasatya, Jakarta. 2004.
- li Kariyoso, *Pengantar Komunikasi Bagi Siswa Perawat*. Buku Kedokteran EGC, Jakarta. 2005.
- lii Keliat, AB., *Hubungan Terapeutik Perawat-Klien*. Buku Kedokteran EGC, Jakarta. 1996.
- liii Mappiare, A., *Pengantar Konseling dan Psikoterapi*. Malang : UM. 1999.
- liv Harlock Elizabeth, *Psikologi Perkembangan*. Sepanjang Hayat, Jakarta. 1990.
- lv Mustikasari, *Komunikasi Dalam Pelayanan Keperawatan*. Artikel PPNI, 2007.
- lvi Stuart, G.W., and Laraia, M.T., *Principles and practice of psychiatric nursing*. Seventh edition. St. Louis: Mosby Inc. 2001.
- lvii Soetarlinah S., *Modifikasi Perilaku : Penerapan Sehari-hari dan Penerapan Profesional*. Lyberty, Yogyakarta. 1983.
- lviii Siregar, R., *Hubungan Gaya Kepemimpinan Terhadap Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Kota Tebing Tinggi Tahun 2003*. Theses Administrasi Rumah Sakit, UNSU. 2003. tidak diterbitkan.
- lix Lukman, *Pengaruh Kepemimpinan, Kemampuan, Dan Kompensasi Terhadap Kinerja Perawat Di RS Kusta Sungai Kundur Palembang 2006*. Theses, UNSU. 2006. tidak diterbitkan.
- lx La Monica L. Elaine., Alih Bahasa Nurachmah. Elly., *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, Pendekatan Berdasarkan Pengalaman. EGC. Jakarta. 1998.
- lxi Warsito, BE., *Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Manajerial Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*, Theses Administrasi Rumah Sakit, MIKM UNDIP. 2006. tidak diterbitkan.
- lxii Eleanor J. Sullivan & Phillip J. Decker, *Effective Management In Nursing*, Addison-Wesley Publishing Company, California. 1985.
- lxiii Maslow, A. H. *Religion, Value and Peak Experience*. Columbus, OH : Ohio State University Press. 1964

-
- ^{lxiv} Kipnis, D., *Psychology and Behavioral Technology*. APA Journal 30-63. 1987
- ^{lxv} Timpe, A.Dale. Penerjemah Sofyan Cikmat, *Kinerja : Seri Manajemen Sumber Daya Manusia* 6. Jakarta. PT Elex Media Komputindo. 1992
- ^{lxvi} Hasnita, E., Sanusi, R., *Ciri-Ciri, Iklim Organisasi, Dan Kinerja Tenaga Perawat di Instalasi Rawat Inap Rs Dr. Achmad Moechtar Bukittinggi Tahun 2005*. KMPK-UGM. 2006.
